Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod topolkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 10 maja 1884. **№ 19.** Rok XXIII.

TREŚĆ:

I. Z prywatnéj kliniki chirurgicznéj Dra Rydygiera w Chełmnie n./W.

I. Pierwszy przypadek gastro-enterostomii w obec zwężenia dwunastnicy po wrzodzie; wyzdrowienie [1].

Podał Dr. Rydygier.

Panowie! Przedstawiam Wam tego chorego, żeby Was naocznie przekonać, że w tym przypadku operacyja była konieczną i wskazaną wprost jako żywotna. Do przedstawienia dodaję tylko, że operowany wkrótce będzie miał lat 20, i że przed operacyją ważył 51 funtów, co Was przekona, że wyniszczenie i wynędznienie doszło do ostatecznych granic, a o dalszém choćby tylko wegetowaniu nie mogło być ani mowy w obec tak ciężkiego cierpienia.— Cierpienie to rozpoczęło się przed 4ma laty od objawów wrzodu żołądka. Zaraz z początku wystąpiły wymioty krwawe kilka razy się powtarzające. Późniéj atoli wystąpiły i pozostały tylko wymioty pojawiające się w 2—3 godziny po jedzeniu. Stolec był zawsze zaparty, co 3ci lub 5ty dzień, i to często tylko za pomocą leków. W ostatnim roku wymioty coraz częściéj występowały, prawie po każdém jedzeniu, a kilka razy powtórzyły się wymioty krwawe, co chorego skłoniło do szukania pomocy w naszéj klinice.

Chory wtenczas (dnia 14, X, 1883) wyglądał prawie tak, jak i dziś. Badając go znaleźliśmy wszystkie narządy zdrowe z wyjątkiem żołądka. Okolica żołądkowa wzdęta, żołądek rozszerzony i na dół opuszczony, o czém się łatwo można było przekonać, napełniwszy go wodą. Pierwszego dnia podczas pobytu w zakładzie miał chory raz także krwawe wymioty.

R o z p o z n a l i ś m y wrzód odźwiernika z następowém rozszerzeniem żołądka.

Postanowiliśmy l e c z y ć chorego najprzód za pomocą pompy żołądkowéj; a gdyby to okazało się bezskutecznem, chcieliśmy zalecić wycięcie odźwiernika. Po czterech tygodniach czuł się chory rzeczywiście jakoś lepiéj: wymioty zupełnie ustąpiły, apetyt się polepszył, a nawet stan ogólny był tyle zadowalający, że wysłaliśmy chorego do domu na własne jego żądanie. Wkrótce atoli powróciło cierpienie w dawnym stopniu i chory przybył ponownie do kliniki oświadczając, że chce się poddać operacyi, gdyż dłużéj tak żyć nie może. Postanowiliśmy więc wykonać wycięcie odźwiernika. Po odpowiedniém przysposobieniu chorego i pokoju (zob. moją rozprawę w Przeglądzie Lek. z r. 1882 lub w Volkmanna *Samml. klin. Vorträge)* przystąpiłem do laparotomii. Cięcie zrobiłem w smudze białéj od wyrostka mieczykowatego do pępka. Po otworzeniu jamy brzusznéj przekonaliśmy się, że wrzód nie znajdował się w części odźwiernikowéj, lecz nieco niżéj w dwunastnicy blisko pierwszego jéj zagięcia. Rozumie się, że o wycięciu nie można było myśleć, musieliśmy więc albo jamę brzuszną znowu zaszyć, albo wykonać gastro-enterostomiję. Wybrałem pierwsze z następujących przyczyn: Dotychczas nie podjął nikt jeszcze gastro-enterostomii wobec wrzodu, nie chciałem się więc narazić na zarzut, że bez k o n i e c z n é j przyczyny naraziłem chorego na tak niebezpieczną operacyję. Z siedmiu bowiem dotychczas wykonanych gastro enterostomij z powodu raka umarło 5 w skutek operacyj, a tylko przypadek W ö l f l e r a i L ü c k e g o szczęśliwie co do bezpośredniego wyniku po operacyi się zakończył. Nadto byłem niepewnym, co się dzieje w jelicie wykluczoném; czy tam nie dostanie się część potraw i zatrzymując się na miejscu zwężenia nie sprowadzi dalszego rozpadu owrzodzonych ścian. Doświadczenia podjęte z méj zachęty przez jednego z moich asystentów A n d r y s o n a, nie dały pewnych wyników, gdyż psy nadzwyczaj dobrze znoszą zwężenia jelit. (Praca ta obecnie jeszcze nas zajmuje). Z tych więc przyczyn postanowiłem nie podejmować gastro enterostomii i ściany brzuszne napowrót zeszyłem.

[1]) Wykład miany na 13 Zjeździe chirurgów w Berlinie z przedstawieniem chorego.

Rana zagoiła się bez wszelkich przeszkód, i chorego zaczęliśmy znowu leczyć za pomocą pompy żołądkowéj. Przy odpowiedniéj dyjecie w zakładzie chory miał się nie źle: wymioty zupełnie ustąpiły, a nawet stan ogólny się poprawiał. Kiedy już chory nauczył się samemu sobie zaprowadzać pompę i w takową zaopatrzony miał zakład opuścić, zapadł po zbytecznem najedzeniu się u innego chorego tak niebezpiecznie, że obawialiśmy się śmierci: 4 dni leżał zupełnie bezwładnie na nic nie oddziaływając; pokarmy trzeba mu było do ust wlewać, a dwa razy tak słabo już serce biło, że w nocy przywołany asystent zaledwie zdołał uciekające już siły pobudzić podskórnem zastrzyknięciem kamfory. Powoli i z tego cierpienia nasz chory wybrnął i zaczął powracać do sił; my zaś odnieśliśmy to przekonanie, że tylko operacyja może chorego uwolnić od ciągle grożącego mu niebezpieczeństwa śmierci, która po lada wykroczeniu przeciw dyecie — nawet i bez tego — każdéj chwili może nastąpić. Zaleciliśmy więc choremu gastroenterostomiję, na co się zgodził.

Dnia 13 marca b. r. przystąpiliśmy do operacyi. Cięcie w staréj bliźnie tylko nieco na dół przedłużyliśmy, ponieważ górna jéj część była zrośnięta z powierzchnią opuszczonéj nieco wątroby. Jelita znaleźliśmy prawie próżne; w żołądku nieco płynu. Unosząc podług przepisu Wölflera lewą stronę sieci wielkiéj razem z okrążnicą poprzeczną ku górze, odszukaliśmy z łatwością załamka dwunastnico-czczego, a idąc ztąd po jelicie czczem na dół o jakie 40 cm. obraliśmy sobie miejsce do otworu. Wycisnąwszy z miejsca tego wszelką zawartość założyliśmy swoje elastyczne uciskadła w oddaleniu 10 cm. jedno od drugiego przeprowadzając je przez otwory w śródjeliciu założone tępem narzędziem w odpowiedniem oddaleniu od jelita i prostopadle ku osi jego. Równocześnie spamiętaliśmy sobie, który koniec jelita jest doprowadzający, a który odprowadzający, co przy późniejszem przyszywaniu jelita do przedniéj ściany żołądka ma wielkie znaczenie. Następnie uniósł asystent przodkową ścianę żołądka robiąc zakładkę blisko wygięcia wielkiego około 8 cm. długą, a blisko 4 cm. od wygięcia wielkiego oddaloną, tam gdzie tętnice okrężne żołądka dzielą się już na drobniejsze gałązki, żeby uniknąć znaczniejszego krwotoku z ścian żołądka. Nacięcia w nim jednakże nie zrobiliśmy dotąd; nacięliśmy tylko jelito w długości 5 cm. na wypukłéj stronie części odgraniczonéj uciskadłami i przystąpiliśmy do szwu. Najpierw przyszyliśmy szwem kuśnierskim tylny brzeg otworu do uniesionéj zakładki zachwytując błonę surowiczą i mięsną sposobem Lemberta. Teraz dopiero zrobiliśmy otwór w żołądku 5 cm. długi przecinając ścianę tuż przy szwie założonym i podwiązując strzykające tętniczki. Następnie zeszyliśmy także szwem kuśnierskim błonę śluzową żołądka i jelita rozpoczynając szew na tylnéj ścianie i postępując naokoło otworu. Daléj nastąpiło połączenie — również szwem kuśnierskim przedniego brzegu otworu w jelicie z przodkowym brzegiem otworu w ścianie żołądka sposobem głębokiego szwu Czernego; nareszcie założyliśmy trzeci rząd szwów na przodkowe brzegi sposobem powierzchownego szwu Czernego; tylko do tego rzędu użyliśmy szwu węzełkowego. Tak więc brzegi tylne były połączone dwoma rzędami szwów, a przodkowe trzema. W końcu przymocowaliśmy trzema szwami doprowadzający koniec jelita do przodkowéj ściany żołądka, ażeby zapobiedz nieprawidłowemu krążeniu treści żołądko-jelitowéj, jak to miało miejsce w przypadku Billrotha. Jako materyjału do szwów użyliśmy katgutu karbolowego. Po zapuszczeniu zeszytéj części do jamy brzusznéj zaszyliśmy jamę brzuszną zwykłemi szwami węzełkowemi zachwytującemi otrzewnę, a pomiędzy nie nałożyliśmy jeszcze kilka szwów powierzchownych; na to opatrunek sublimatowy.

Z przebiegu pooperacyjnego nadmieniam tylko, że do 5go dnia chory wcale nie gorączkował; tegoż dnia powstało zapalenie gruczołu przyusznego po stronie prawéj, a gorączka podniosła się do 39°C. Dnia 8go zmiana opatrunku; mały ropień w ścianach brzusznych wychodzący z szwu; odleżyna na krzyżu. Dnia 10go nacięliśmy gruczoł przyuszny i od tego czasu stan zupełnie bezgorączkowy. Od czasu, kiedy tegoż dnia po enemie nastąpiło wypróżnienie, chory codziennie miewa regularnie 1—2 razy stolec; wymioty po operacyi już się nie wróciły. Chory powoli wraca do sił tak, że dziś około 5 tygodni po operacyi znacznie lepiéj się ma, niż przed operacyją.

W końcu pozwalam sobie jeszcze krótką uwagę uczynić co do sposobu operowania. Przed operacyją wahałem się, czyby nie zastósować się do rady Courvoisiera i robiąc otwór w śródjeliciu okrążnicy poprzecznéj drogą tą odszukać fałd dwunastnico-jelitowy. Courvoisier zauważył bowiem robiąc doświadczenia na trupie, że mogłoby nastąpić zaciśnienie okrążnicy poprzecznéj w miejscu, gdzie się krzyżuje z uniesioną do góry i do przodkowéj ściany żołądka przyszytą pętlą jelita. Ostatni przypadek Lauensteina potwierdza to zapatrywanie. Mimo to nie wybrałem tego sposobu, bo z własnych doświadczeń zgadzających się z doświadczeniami Madelunga nabrałem przekonania, że oddzielanie dłuższych pętli jelita — na 12 do 15 cm. — może się stać niebezpiecznem, mimo że w przypadku Courvoisiera odżywienie oddzielonego jelita nie ucierpiało. Przypadki Czernego, co dopiero przez niego opisane, utwierdzają mnie w mojem zdaniu; a zresztą też wynik mego przypadku okazuje, że obawa przed zaciśnieniem okrążnicy poprzecznéj była próżna.

II. Z kliniki lekarskiéj prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

O stosowaniu leczniczem nowéj soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się téjże w przewodzie pokarmowym.

Podał na podstawie doświadczeń klinicznych
Dr. W. Jaworski,
Docent Uniwersytetu Jagiell.

Do ostatnich czasów wyłącznie wyrabianą sól karlsbadzka pod nazwą „Sprudelsalz“ otrzymywano, jak to miałem sposobność przypatrzenia się bliżéj we warzelni miejskiéj w Karlsbadzie, przez odparowanie wody sprudlowéj na panwiach do tego stopnia, że z niéj po oziębieniu poczyna się osadzać znaczna warstwa dużych kryształów, które wybrane tworzą właśnie sól karlsbadzką, podczas gdy pozostała ciecz tak zwany ług pokrystaliczny jako nieużyteczny wylewają. Sól w ten sposób otrzymana tworzy duże jednorodne kryształy, a jéj roztwór daje z azotanem srebrowym zaledwie zmącenie, z kw. solnym albo wcale nie burzy się lub tylko nieco; natomiast daje silny osad z chlorkiem barowym. Jest więc prawie czystą solą glauberską, w któréj nadto większą połowę ciężaru stanowi woda krystaliczna. I dziwną jest rzeczą, że taki przetwór używał przeszło 100

lat w praktyce lekarskiéj większego przywileju niż 65 razy tańsza sól glauberska.

Dopiero gdy racyjonalniejsi lekarze poczęli używać zamiast soli karlsbadzkiéj coraz częściéj sztucznych mięszanin naśladujących rzeczywisty skład wody karlsbadzkiéj, zwołała rada miejska karlsbadzka w r. 1880 komisyję, w celu zreformowania wyrobu soli karlsbadzkiéj w taki sposób, aby przetwór, o ile możności, zawierał wszystkie składniki wody karlsbadzkiéj. Postanowiono przeto w komisyi odparowywać wodę sprudlową dopóty, aż rozczyn pocznie się mącić, potém go sączyć w celu wydalenia mętów, zawierających połączenia wapniowców, żelaza, glinu i krzemionki, a otrzymany przesącz do suchości wyparować, przez pozostałość zaś przeprowadzać w nadmiarze kw. węglowy wydobywający się ze źródeł karlsbadzkich w celu zamienienia węglanu sodowego obojętnego na węglan sodowy kwaśny. Prof. Ludwig, członek komisyi, przedsięwziął w tym celu w r. 1881 próbne doświadczenia, a w roku następnym rozpoczęto we warzelni miejskiéj, pod kierownictwem biegłego chemika Dra Szipöza, wyrób nowéj soli, którą od roku 1883 wprowadzono w handel pod nazwą *„Carlsbader Quellsalz"* w okrągłych słoikach, dla odróżnienia od dotychczasowego *„Sprudelsalz"* sprzedawanego równocześnie w słoikach czworobocznych.

Nowa sól karlsbadzka przedstawia się w postaci mączki krystalicznéj, jest smaku mocno słonego, rozpuszcza się w wodzie przekroplonéj zupełnie, wydając rozczyn nieco opalizujący, działa na papierki lakmusowe alkalicznie, z azotanem srebrowym jakotéż z chlorkiem barowym daje silne osady, z kwasami mocno burzy, z wodą krakowską studzienną daje znaczne zmącenie. Sól tę niesuszoną poddałem daléj ścisłemu rozbiorowi ilościowemu na najgłówniejsze składniki, z czego wyniki są następujące:

Z 2.000 gm. soli otrzymano 1·5655gm. siarkanu barowego, odpowiadającego 0·9535gm. siarkanu sodowego suchego.

Na 2·000gm. soli wynosił ubytek na wadze w przyrządzie Mohra za pomocą kw. siarkowego 0·394gm. bezwodnika węglowego zawartego we węglanie sodowym kwaśnym i obojętnym.

1·000gm. zaś soli zużył w kilku próbach po 45·0 cm.sz. dziesiętnonormalnego kw. solnego, odpowiadającego 0·099 bezw. węglowego zawartego w węglanie sodowym obojętnym, a stanowiącego dokładnie połowę ciężaru poprzedzającym sposobem otrzymanego, co dowodzi, że cała ilość węglanu sodowego w soli karlsbadzkiéj jest zawartą jako węglan sodowy kwaśny.

Na 0·400gm. soli w dwóch oznaczeniach zużyto metodą Mohra po 11·50cm.sz. dziesiętnonormalnego azotanu srebrowego.

Ztąd oblicza się skład odsetkowy niewysuszonéj nowéj soli karlsbadzkiéj w następujący sposób:

Soli glauberskiéj	47·665%
Węglanu sodowego kwaśn.	33·579%
Soli kuchennéj	16·101%
Reszta zaś ciężaru w ilości	2·655%

przypada częściowo na wodę, częściowo zaś na ślady następujących ciał, dających się w soli karlsbadzkiéj w małych ilościach wykazać, jakoto: kw. fosforowy, kw. borowy, fluor, potas i lit.

Z porównania składu chemicznego téj soli ze składem wody karlsbadzkiéj okazuje się, że tenże jest w niéj mniéj więcéj co do głównych składników zachowany, a w porównaniu z dawną solą karlsbadzką posiada nowa niezaprzeczenie wyższość. Chcąc otrzymać rozczyn z nowéj soli karlsbadzkiéj odpowiadający co do zgęszczenia składnikom samej wody źródlanéj, trzebaby 5gm. soli rozpuścić w jednym litrze wody przekroplonéj.

Zajmując się od trzech lat zbadaniem wpływu wody karlsbadzkiéj na przewód pokarmowy przedsięwziąłem téj zimy, z inicyjatywy i rady prof. Korczyńskiego, na materyjale przeważnie z tegoż kliniki pochodzącym, szereg doświadczeń z tym nowym przetworem leczniczym. Celem tych doświadczeń było danie odpowiedzi, chociaż w części, na następujące pytania dla klinicysty przy zastosowaniu lekarskiém tego przetworu ważne:

1. W jaki sposób wpływa sól karlsbadzka na funkcyję trawienia i mechanizm żołądka?
2. W jaki sposób zachowuje się funkcyja jelit po użyciu soli karlsbadzkiéj?
3. Czyli sól karlsbadzka wywiera jeszcze inny wpływ na ustrój jak tylko na sam przewód pokarmowy?
4. Jakim zmianom podlega sama sól karlsbadzka w przewodzie pokarmowym?
5. W jakich dawkach należy podawać sól karlsbadzką tak ze względu na żołądek jakotéż jelita?
6. W jakim rozczynie i przy jakiéj ciepłocie?
7. W jakiéj porze dnia ze względu na stan przewodu pokarmowego i skutki następowe?
8. Po jakim czasie po użyciu soli należy pozwolić na spożywanie pokarmów i jakich?
9. W jakich stanach chorobowych przewodu pokarmowego stosowanie soli karlsbadzkiéj byłoby wskazane, a w których przeciwwskazane?
10. Czy między zachowaniem w przewodzie pokarmowym soli karlsbadzkiéj a wody karlsbadzkiéj zachodzi jaka różnica?
11. Czy sól karlsbadzka może być zastąpioną przez mieszaninę mechaniczną składników w niéj zawartych?

Starając się na powyższe pytania odpowiedzieć przeprowadziłem zbadanie zachowania się soli karlsbadzkiéj w przeszło dwustu doświadczeniach osobno co do jelit, a osobno co do żołądka.

Zachowanie się soli co do jelit obserwowano w stukilkudziesięciu doświadczeniach uskutecznionych na 25 osobach, z którychto doświadczeń 51 uwidoczniono w tablicy niżéj umieszczonéj.

Sposób postępowania w pojedyńczych doświadczeniach był następujący: Zwykle rano na czczo, w kilku doświadczeniach i w innéj porze dnia, podano do wypicia 5, 10, 15, 20gr. soli rozpuszczonéj we wodzie przekroplonéj, studziennéj, deszczowéj, sodowéj lub selcerskiéj sztucznéj. W przeważnéj części przypadków używano na 5gm. soli ćwierci litra wody przy ciepłocie pokojowéj 18°C. lub téż ogrzanéj do 55°C., t. j. do ciepłoty, przy któréj pacyjenci wodę ze źródła Mühlbrunn na miejscu piją. Najczęściéj większe dawki podawano w przestankach półgodzinnych po 5gm. soli, w wielu przypadkach podawano i 10gm. naraz, nie przekraczano jednak jednorazowéj dawki 15gm. Po zadaniu soli obserwowano przez kilka godzin następowe objawy przedmiotowe i podmiotowe, czas występowania stolców, ilość i jakość tychże. W kilku doświadczeniach zbadano stolce chemicznie, a w kilku przypadkach uwzględniono zachowanie się moczu [1]).

(C. d. n.)

[1]) Tablica I dodaną będzie w ciągu dalszym.

III. O związku przyczynowym zapalenia dziąseł z innemi chorobami.

(Rzecz miana na Walnêm Zebraniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół nauk Poznańskiego dnia 23-go Czerwca r. 1881).

Przez Dr. **Kaczorowskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 18).

Chodzi nam tu głównie o zwrócenie uwagi na najzwyczajniejsze proste zapalenie dziąseł, o które się żaden człowiek lekarza nie radzi, bo ono w początkach mało, albo żadnego nie sprawia bólu, a wtedy, kiedy się pacyjent przedstawi lekarzowi, następstwa schorzenia dziąseł w odleglejszych narządach tak znaczną zwykły już mieć przewagę nad pierwotném ogniskiem choroby, że na nie koncentruje się cała uwaga tak chorego jak i lekarza, a punkt wyjścia choroby albo przeoczonym albo też na karb wtórorzędnych zajęć policzony bywa. W tym właśnie zbiegu okoliczności szukać też należy rozwiązania zagadki, dla czego związek przyczynowy zapalenia dziąseł z innemi cierpieniami dotąd nie znalazł należytego ocenienia.

Ileż to bowiem ludzi chodzi po świecie, u których w ustach wcale nie ładnie wygląda, a którzy mimo to pożądaném cieszą się zdrowiem, trzeba dodać, pożądaném na pozór, bo się nie żalą. Jeżeli wszakże zważymy, że najniepozorniejsze obrażenia skóry są zdolne wywołać poniekąd poważne choroby, nie podobna oczu zamykać w obec nieznacznych choćby zadrażnień dziąseł. Nie tajno nam dzisiaj, że w zgniłém zakażeniu tkwi groza owych drobnych urazów. Czyliż więc odsłonione z przybłonka dziąsła miałyby być zabezpieczone listem żelaznym od napaści wrogów, przeciwko którym tak skwapliwie teraz strzeżemy każdą otwartą ranę? prawda, że fizyjologowie w sinku siarczykowym śliny upatrują czynnik odwietrzający jamę ustną czyli zapobiegający gniciu pozostających w niéj ciał białkowych; jak mało on jednak dopełnia téj powinności, świadczy niemiła woń tylu ust, do których się z zdrowym nosem zbliżamy. Zapominać też nie należy, że ślina głównie wydziela się w czasie przeżuwania pokarmów. Często więc powtarzane przyjmowanie stałych pokarmów i przepłukiwanie jamy ustnéj napojami do pewnego stopnia zapewne zdoła usuwać i zobojętniać naleciałości wciąż z świata zewnętrznego przybywające; z zawieszeniem zaś tych czynności w nieskażonych nawet ustach, np. osób głodem dotkniętych, dostrzegamy powonieniem jakiéjś gnilnéj sprawy a têm bardziéj, jeżeli białkowy wysięk zapalonych dziąseł lub zębów dostarcza odżywki nieustannie do jamy ustnej napływającym grzybkom. A przyznać trzeba, że żaden choć trochę o zdrowie swe dbały człowiek nie ścierpiałby na skórze swojéj gdziebądź takiego niechlujstwa bez szukania przeciwko niemu rady, jakie swobodnie i obojętnie znosi w tym ciała swojego przybytku, do którego najbliższych sercu swojemu tuli na znak najwyższéj czułości. Nieświadomość tego stanu może tylko wytłumaczyć ten dziwny zbieg okoliczności, ile że zwrócić komu uwagę na to, iż mu z ust cuchnie, za nieprzyzwoitąby rzecz uchodziło. Do lekarzy należy bez ogródki i w tym kierunku opiekować się klijentami swoimi.

Określiwszy tak zapatrywanie nasze na doniosłość zapalenia dziąseł jako wątku dalszych niedomagań, przychodzi nam rozpatrzyć się teraz bliżéj po drogach, jakiemi ono w ustroju naszym dal éj kroczyćby mogło i kroczy.

Najbliższa droga prowadzi, jak już wyżéj namieniłem, do jamy ustnéj. W obec nieuporządkowanego chaosu, w jakim się jeszcze znajduje nauka o rozwoju i chorobotwórczéj roli różnych gatunków grzybków napotykanych w jamie ustnéj, nie myślę się kusić o przybliżone choćby tłumaczenie oddziaływania pewnych odrębnych gatunków, przenoszących się z pierwotnego ogniska, tj. z dziąseł na jamę ustną; wystarczy dla założonego a wyłącznie praktycznego celu zaznaczyć, że w jamie ustnéj odróżnić można dwie chorobowe fermentacyje, kwaśną i gnilną, o których tyle już wiadomo, że głównie zależą od materyi odżywczéj, jakiéj się grzybkom dostarcza, pierwsza od ciał bezazotowych, druga od azotowych. Że jedna jak druga może zostać wzniecona niezdrowemi, tj. swoiste grzybki w sobie zawierającemi, pokarmami, szczególniéj u małych dzieci bez udziału jakiegoś zapalenia dziąseł, samo się przez się rozumie. Jeżeli jednak w obec niezmienionego, zdrowego matczynego pokarmu, nagle zajdzie u dziecka kwaśna fermentacyja w jamie ustnéj z dalszemi swojemi na sprawę trawienia następstwami, będzie można prawie zawsze na dziąsłach napotkać zjawiska zapalne. Gnilna zaś fermentacyja, wyjąwszy szczegółowe przypadkowe urazy w jamie ustnéj, bierze zawsze początek z dziąseł. Wyniki tych fermentacyj uwidoczniają się najwybitniéj na bujnéj glebie powierzchni języka, w którego łuszczących się przybłonkach grzybkom najłatwiéj zagnieżdżać się przychodzi. Ztąd też w razie kwaśnéj fermentacyi język pokrywa się szarym coraz bardziéj grubiejącym pokładem, w razie gnilnéj cienkim brudno-żółtawym, przez który miejscami przegląda czerwona rozpulchniona, późniéj wysychająca i połyskująca błona śluzowa.

Z języka posuwa się ta sprawa wzdłuż migdałków na połyk. Nieuniknionêm następstwem zajęcia owych w nerwy smakowe zaopatrzonych narządów bywa zawsze upośledzone łaknienie, w pierwszym przypadku do pewnego stopnia jeszcze zachowane, ale skierowane na ostre, drażniące pokarmy, w drugim zupełnie utracone, szczególniéj co do mięsnych pokarmów. Wstręt ten nieledwie za instynktowo zachowawczy poczytaćby można, aby grzybkom odciąć dalszy dowóz żywności, gdyby z dłuższéj wstrzemięźliwości cały ustrój nie miał szwankować.

Utrzymujące się dość powszechnie mniemanie, że język jest zwierciadłem żołądka, i że przyczyny braku łaknienia szukać należy w żołądku, którego nieżyt ma się odbijać na obłożonym języku, zaprawdę raz na zawsze z umysłów tak lekarzy jak publiczności wyrugować potrzeba, jedynie bowiem usposobienie języka stanowi o mierze łaknienia. Póki czystego języka, póty łaknienia nie braknie nawet w ciężkich gorączkowych chorobach.

Dość przypomnieć suchotników, którzy dla kaszlu ustawicznie czemś usta przepłókując, prawie do śmierci zachowują ogromny nawet apetyt. A jak mały związek ma z trawieniem żołądka brak łaknienia, przekonywa pomyślny sztuczny sposób karmienia za pomocą sondy żołądkowéj na osobach, doświadczających wstrętu a nawet wymiotów w obec siłą woli dokonywanych prób przyjmowania pokarmów. Wymioty więc w takim razie odnosić wypada nie do żołądka ale raczéj do zakażonego równie jak język połyku, zżymającego się zwrotnym kurczem w obec wprowadzonych doń niepożądanych rzeczy. Jeżeli zatém omijając bezpośrednie stykanie się pokarmów z podrażnionemi drogami, któremi przeprawiać się im przychodzi, tj. z językiem i poły-

kiem, odżywiać można chorych skutecznie, mimo braku łaknienia daleko bliższém zdawać się winno zadanie lekarza ciągłego naprawiania tych dróg, czyli wyrażając się naukowo, ustawicznego ich odwietrzania. Czasy, kiedy głodem kuszono się pokonywać choroby, niepowrotnie minęły.

Coraz głośniéj odzywają się nawoływania lekarzy, że większa część chorych pogrążonych w długotrwałych gorączkach, mianowicie w chorobach tyfusowych, umiera nie tyle z choroby właściwej ile raczéj z głodu. Przypuszczając wszakże, że tacy chorzy ani łakną ani pragną dla braku świadomości skutkiem zajęcia mózgu, doradza się przynaglanie ich do jak najczęstszego przyjmowania napojów i płynnych pokarmów. Jestto w części tylko słusznéni, bo gdy się im poda zimnéj wody, chętnie i chciwie ją pochłaniają dla zaspokojenia pragnienia, pokarmy zaś choć płynne i chłodne zazwyczaj z wstrętem odtrącają, spieczona bowiem jama ustna i połyk, zanieczyszczone pasorzytami, utraciły całkiem łaknienie. Gdy się im usta odwilżać pocznie ale co chwila lekiem dezinfekującym, niewstrętnym w smaku, niezadługo z lubością zaczną zapijać mleko, maślankę do kilku litrów na dobę. Trzymając się téj zasady od dawnych lat używałem w tym celu we wszystkich gorączkowych chorobach chloranu potasowego; od czasu jednak, gdy stwierdzono trujące własności większych ilości tego leku, jakkolwiek sam tego nie miałem sposobności doświadczyć, używam jodu w roztworze soli kuchennéj (Trae Jodi 0,5% na 1% roz czyn Natr. chlorati), podając co 15 do—30 minut po ½—całéj łyżki stołowej. Od 5 lat trzymając się tego sposobu leczenia na tysiącach chorych, z których wielu po 2 gramy nastoju jodowego na dobę całemi tygodniami używało, nigdy ztąd niepożądanych nie spostrzegałem wyników. Chorzy, nie wyjmując dzieci, przyjmują ten lek bez oporu, poniekąd bardzo chętnie, jama ustna zachowuje pod jego wpływem przy pomocy obfitego napoju wilgoć i czyste wejrzenie nie dopuszczając owych złowrogich sadzowatych złogów, które chyba po dłuższém zawieszeniu leku, np. podczas spoczynku nocnego, łatwo na nowo się pojawiają.

Że jod do najdzielniejszych w minimalnych nawet dawkach działających środków przeciwgnilnych należy, wykazał dostatecznie Binz. Połącznie jodu z chlorkiem sodowym uważam za stósowne nie tylko ze względu na pozbawienie niemiłego smaku czystego jodu i zapobieżenie szybkiemu rozkładowi, ale także za pożądane celem dostarczania ustrojowi ubywającéj w gorączkach ważnéj części składowéj krwi, ile że chlorek sodowy sam w sobie posiada własności dezinfekujące. Rozczyn ów, podawany przezemnie we wszystkich chorobach gorączkowych obok innych odpowiednich środków leczniczych, zasługuje, według zdania mojego, na niezaprzeczone pierwszeństwo przed ulubionym powszechnie w takich razach kwasem solnym, który zrazu chorym przyjemny, późniéj się jednak uprzykrza, a mimo fizyjologicznie może uzasadnionego korzystnego wpływu na trawienie żołądka, jak wszystkie kwasy mineralne, niepowetowane wyrządza szkody w jamie ustnéj przyczyniając się do zepsucia zębów, które po przebyciu ciężkich chorób gorączkowych tak często wypadają. Jeden nadmanganian potasowy współzawodniczyć chyba może pod względem zdolności oczyszczenia jamy ustnej z naszą mięszanką jodową, nadaje się wszakże tylko do wypłukiwań; podawaniu wewnętrznemu celem dosięgnienia także połyku stoi na przeszkodzie wstrętny smak, a może dłuższe używanie przetworu potasowego nie byłoby obojętném dla całego ustroju.

W chorobach bezgorączkowych używamy celem poskramiania zakażenia jamy ustnéj również mięszanki słonojodowéj w rzadszych dawkach albo połączenia nastoju jodowego z nastojem miry, albo kozełka, rozdrębu, kiłoguba, cynamonu, dębianki, (Tra. Jodi p. 1: Tr. Myrrhae, vel Valerian. Eucalypti, Guajaci, Gallarum, Cinamomi 10 p.) po 20 kropel do małego kieliszeczka wody, którejto mięszanki zalecamy używać częścią do dokładnego płókania jamy ustnéj i połykowéj, częścią do powolnego połykania, ponieważ mało kto płukaniem dolnych części połyku dosięgnąć potrafi. Zresztą ktoby i wszystko razem połknął do żołądka, nie tylko że sobie tém wcale nie zaszkodzi, ale owszem dezinfekując zarazem żołądek trawienie swoje naprawi.

Dezinfekcyje owe jamy ustnéj powinny być uskuteczniane co najmniéj po każdém jedzeniu, w cięższych przypadkach zapalenia dziąseł co godzina nawet i częściéj, nareszcie regularnie przed spoczynkiem. Rano zaś przed użyciem płukania zaleca się poprzednio dla oczyszczenia zębów i dziąseł z osiadłych przez noc naleciałości i śluzu zmywać takowe za pomocą szczoteczki pomazanéj mydłem, jakiego do mycia twarzy używa się. Do tego celu stósowniejsze są szczoteczki kauczukowe aniżeli zwyczajne szczecinowe, które łatwo kaleczą dziąsła, zwłaszcza owrzodziałe i do broczenia skłonne. Zamiast mydła można także używać proszku magnezyi palonéj, skorupek ostrygowych. Że zęby sztuczne przy każdém czyszczeniu jamy ustnéj wyjmowane i dokładnie opłukane, w razie silniejszego zapalenia dziąseł i w każdéj ostréj chorobie na pewien czas zupełnie odłożone być winny, samo się przez się rozumie. W ten lub ów sposób oczyszczając ustawicznie jamę ustną i połyk, w każdéj chorobie jaki taki przynajmniéj stopień łaknienia utrzymać zdolamy. Nie taimy atoli bynajmniéj, że dopóki w jamie ustnéj znajdują się zęby próchniejące, one to rozsiewając ciągle na nowo gnilne pierwiastki, utrudniają i czynią prawie niepodobną dokładną dezinfekcyję jamy ustnéj, z któregoto więc powodu jak najczęściéj do płukania powracać należy. Przy téj sposobności nadmienić wypada, że napotykany u wielu osób nieprzezwyciężony wstręt do mleka głównie polega na zakażeniu jamy ustnéj w skutek gnijących zębów i dziąseł. Ztąd téż osoby owe najenergiczniéj opierają się spożywaniu mleka na pierwsze śniadanie, ponieważ rano ich jama ustna najbardziéj jest zanieczyszczona i jędrniejszego drażniącego napoju spragniona. Nadto mleko zaprawne nagromadzonemi w jamie ustnéj zaczynami doszedłszy do żołądka nie może nic innego jak uledz nieprawidłowéj fermentacyi a wywołane ztąd zaburzenia trawienia utwierdzają tém bardziéj odrazę do mleka. Zwalczając zakażenie jamy ustnéj sposobem wskazanym nie trudno pokonać najbardziéj zastarzały nawet wstręt do mlecznych pokarmów, szczególniéj jeśli jeszcze żołądkowi przyjdziemy w pomoc przetworami alkalicznemi i goryczkami.

Zakażenie jamy ustnéj postępując daléj przez połyk przechodzi więc do żołądka, zanosząc tam tak chorobotwórcze grzybki jakotéż ich wydzieliny. Dopóki narząd trawiący jest czerstwy i sprężysty, da zapewne temu wszystkiemu radę. Ale gdy pod brzemieniem zbyt obfitych lub zbyt ciężkich pokarmów albo pod zmorą ogólnego charłactwa zabraknie pożądanego do prawidłowéj przeróbki soku i pracy, obce fermenty biorą przewagę burząc całą sprawę trawienia, dając się właścicielowi w znaki całym szeregiem dolegliwości, jako to ciśnieniem w dołku podsercowym, bolesnemi skurczami żołądka, wzdęciem, odbijaniem czczych gazów lub

ostrych kwaśnych cieczy, mdłościami, a nawet wymiotami, którymto miejscowym zjawiskom zwykł towarzyszyć odleglejszy oddźwięk bólu głowy, bezsenności i ogólnego rozstroju nerwowego. Znane te pod nazwą dyspepsyi przypadki przypisywane bywają powszechnie nieżytowi żołądka, w ostatnim dopiero czasie patologija, uznając bezpodstawność podciągania każdego złego trawienia pod rubrykę modnego kataru żołądka, wytworzyła także pojęcie „nerwowéj dyspepsyi“ na wytłumaczenie niestrawności u ludzi niedokrwistych (Leube). (C. d. n.)

IV. Kazuistyka lekarska.

Pięć spostrzeżeń z warszawskiego szpitala dla dzieci wyzn. mojżeszowego małż. Bersohnów i Baumannów.

Opisał Dr. Ludwik Wolberg,
miejscowy lekarz szpitala.

2) Tężec urazowy.

Przypadki szczękościsku i tężca u nowonarodzonych dzieci, przydarzające się podczas i, jak utrzymują, w skutek zabliźniania się pępka, są dosyć częste, natomiast charakterystyczny tężec u starszego chłopca i to w skutek urazowéj przyczyny, jako przypadek rzadszy, zasługuje na krótki opis.

Chłopczyka dziesięcioletniego, cierpiącego właśnie na tę chorobę, widziałem w czerwcu 1883 roku w szpitalu. Wysokiego jak na swój wiek wzrostu, wątłéj budowy, źle odżywiony, chudy chłopiec został podobno na kilka dni przed przybyciem do szpitala pobitym przez innych chłopców. Razy padały na całe ciało, głównie jednak na plecy i nie były zbyt gwałtowne, gdyż śladów (złamań, zdrapań lub siniaków) wcale nie pozostawiły. To pobicie uważała matka pacyjenta i on sam za powód cierpienia, które poczęło rozwijać się piątego dnia po pobiciu, a na cztery dni przed przyjęciem chorego do szpitala.

Pierwsze objawy wystąpiły w mięśniach karku. Tutaj chory najpierw poczuł pewnego rodzaju ból, a następnie trudność przy poruszaniu szyi, a także twardnienie mięśni. Wkrótce też same objawy wystąpiły w mięśniach barków, ramion i przedramion, a także w udach i goleniach. Przytomność była zupełnie zachowaną, a co ważniejsza mięśnie szczęk nie twardniały podówczas. O stanie ciepłoty w domu niczego stanowczego nie mogłem się dowiedzieć. Chory, pomimo cierpień, miał dobry apetyt i pragnienie, lecz wypróżnienia nie było od trzech dni. Kilkakrotnie zapytywałem matkę, czy jéj dziecko nie skaleczyło się, nie wbiło sobie drzazgi w ciało, lub nie zostało przez psa pokąsaném; a zawsze otrzymywałem od niéj przeczące odpowiedzi, obecny zaś temu chory potwierdzał jéj słowa.

Chory w chwili przyjęcia go do szpitala (14 czerwca) lekko gorączkował, ciepłota wynosiła 38°C. Przytomność całkowicie była zachowaną, wyraz twarzy cierpiący, kąty ust ściągnięte ku dołowi, nos śpiczasty, oczy błyszczące, powieki pofałdowane, czoło pokryte poprzecznemi zmarszczkami, wargi wąskie, suche, popękane, cera blado-szarawa, z lekkim rumieńcem na policzkach. Usta zamknięte, lecz chory może je cokolwiek rozchylić, przyczém szczęki rozwierają się zaledwie na kilka linij. Mięśnie żwacze niebolesne, lecz naprężone i twarde. Podczas badania chory kilkakrotnie doznaje napadu tężenia mięśni. Wówczas głowa zostaje w tył ściągnięta, a szyja, klatka piersiowa i brzuch, jakby jedna całość, łukowato wypinają się ku przodowi. Każdy mięsień jest twardym, bolesnym przy dotykaniu, a ściany brzuszne twarde. Całe ciało odstaje od łóżka, tylko tyłogłowie i kark od góry, a guzy siedzeniowe i wyprężone odnogi dolne spoczywają na łóżku i unoszą tułów. Pod plecy i krzyż można podprowadzić pięść i przesunąć ją, nie dotykając łukowato wygiętego kręgosłupa. Napad trwa kilkanaście sekund, podczas tego oczy jeszcze silniéj błyszczą, a na twarzy występują silniejsze rumieńce i pot. Następnie mięśnie rozwalniają się, chory opada całym tułowiem na łóżko, zbolały, zmęczony, głęboko wypierając z płuc powietrze, wstrzymane podczas napadu. W wszystkich naprężonych mięśniach czuje ból tępy, większy niż po zwyczajnéj fizycznéj pracy, lecz zupełnie do ń podobny. Podczas napadu chory na moją prośbę wysuwa język, porusza, zgina odnogi górne we wszystkich stawach, te części bowiem nie tężeją, natomiast odnogi dolne są zesztywniałe, a chory może je unieść tylko cokolwiek ku górze, zginając je w stawach biodrowych, a stawy kolanowe i goleniowo-stopowe są unieruchomione. Zaraz po napadzie chory jest w stanie zginać i rozginać wszystkie swe członki. Przerwa trwa niedługo, od pół do kilku minut, potém smutny obraz powtarza się; w ciągu godziny obserwowałem 12—18 takich napadów. W nocy i podczas dnia chory zasypia, lecz budzi się, najdaléj po upływie pół godziny, przebywa napad tężca i znowu zasypia na krótki czas. Skutkiem téj kilkodniowéj bezsenności jest zmęczonym, odrętwiałym i ciągle sennym.

Na skórze oprócz śladów ukąszeń pcheł żadnéj wysypki. W narządach wewnętrznych nie znalazłem nic nieprawidłowego, z wyjątkiem silnego zaostrzenia drugiego tonu serca, ale zupełnie bez szmeru. Tępość wątroby poczyna się od 5go, a śledziony od 8go żebra, a kończy na łuku żebrowym. Źrenice miernie rozszerzone, prawidłowo oddziaływają na światło.

Starając się złagodzić cierpienia chłopca, uciekłem się do silnych narkotyków. W ciągu dnia chory przyjmował bromek sodu (*Natri brom. drach. semis.* na *unc. tres. Aq.* co godzina po łyżeczce), prócz tego rano i wieczorem zastosowano mu w lewatywie po 10 ziarn chloralu. Jednocześnie kąpiel ciepła 28°R. przez 10 minut trwająca. Przeciw brakowi wypróżnień nie działałem pierwszego dnia, sądziłem bowiem, że chory unika wypróżnienia bolesnego z powodu naprężania ścian brzusznych. Gdy jednak i na drugi dzień nie było wypróżnienia, a w brzuchu można było wymacać treść, podałem 3 proszki kalomelu, po 5 ziarna każdy, a następnie łyżkę oleju rycynowego, poczém nastąpiło kilka gęsto-kalistych wypróżnień.

D. 15 czerwca ciepłota wynosi 37·2°C., tętno pełne 120. *Opisthotonus* trwa, a *trismus* niezupełny; przytém obfite pocenie się. Chory wcale nie jest w stanie poruszyć odnóg dolnych, a zatém tężec jest tutaj większym, aniżeli dnia poprzedniego. Na powtórne zapytanie, wprost dziecku zadane, czy nie skaleczył się gdziekolwiek, podaje nareszcie, że przed dwoma tygodniami przypadkowo wbił sobie drzazgę w prawą stopę i nie wie, czy ona wyszła już, lub jeszcze tkwi. Rzeczywiście tuż pod trzecim palcem prawéj stopy znajduję maleńkie obrzmienie i otworek, z którego przy nacisku wydziela się kropelka krwawéj rzadkiéj ropy. Z otworu wydobyłem pincetą cienką na pół cala długą drzazgę, która przenikała skórę w kierunku skośnym i tkwiła w niéj na kilka linij głęboko. Śród wyjmowania drzazgi żadnego odczynu, ani napadu tężcowego. Tego dnia poruszanie odnóg górnych jest tak samo swobodne, jak pierwszego, podczas gdy odnogi dolne są bardzo naprężone. Nie widząc, aby poprzednio zadawane narkotyki przynosiły ulgę, poleciłem podskórne zastrzykiwania morfinu, dwa razy dziennie po $^1/_8$ ziarna.

16 czerwca. Ciepłota 38,0, a tętno 180. Przez całą noc chory nie spał. Kurcze trwają bezustannie, ciało oblane klejkim potem. Nad ranem było kilka silniejszych napadów drgawek z utratą przytomności, sinicą, pianą przed ustami. Każdy taki napad trwał po kilka minut. Nad ranem o 9éj zastrzyknąłem choremu $^1/_6$ ziarna morfinu a prócz tego w dalszym ciągu podawano chloral. Widząc, że tężenie mięśni nie ustępuje, zastrzyknąłem o 12éj w południe $^1/_{30}$ ziarna kurary, (8 kropli z roztworu (1 ziarno w $^1/_2$ uncyi wody). Wieczorem tętno bardzo pełne, 128, a ciepłota 38·4. Wypróżnienia przez cały dzień nie było. Wyprężenie mięśni, szczególnie ścian brzusznych, bardzo silne. Wieczorem powtórzyłem zastrzyknięcie $^1/_{30}$ ziarna kurary.

17/6. Ciepłota 38,2°. Tętno 112 mniéj pełne, niż wczoraj. Mięśnie karku, grzbietu, lędźwi bardzo twarde, naprężone, a przy dotykaniu jeszcze więcéj się naprężają. Wypróżnie-

nia nie było, podano przeto pacyjentowi 15 ziarn *Rhci pulv.* i zastosowano dwie lewatywy z *Inf. sennae comp.* Pomimo tego wypróżnienia nie miał. Mocz oddaje chory bardzo łatwo, bez męczenia się. W nocy znowu nie spał, we dnie też nie śpi, lecz drzemie po trochu. Źrenice rozszerzone na światło nie oddziaływają. Nie może wysunąć języka z ust. Odnogi górne zgina z łatwością i porusza palcami, podczas gdy odnogi dolne i palce stóp są nieruchome. Przepisałem pacyjentowi, idąc za radą Soltmanna, *Extractum Calabaris* (gr. 1 na drachmę wody), sześć kropli na cukrze, a zaraz po zadaniu pierwszej dawki choremu, zachloroformowałem go, chcąc sprowadzić sen. Rzeczywiście chory, który od 4 dni nie spał, obecnie bardzo prędko, po kilku wdychaniach chloroformu zasnął spokojnie, a podczas snu wszystkie mięśnie ciała, z wyjątkiem karkowych, od razu zmiękły. Sen nie trwał dłużej nad pół godziny, a po przebudzeniu się chorego w téj chwili wszystkie mięśnie powróciły do poprzedniego stanu skurczu. Głowa została wykręconą na prawo, a klatka piersiowa i brzuch wygięte ku przodowi. Dałem mu znów cokolwiek chloroformu do oddechania, zasnął powtórnie, lecz tylko na 15 minut, podczas których tężec znowu ustąpił. W ciągu dnia chory zażywał chloral, zasypiał kilkanaście razy, lecz zawsze po krótkim przestanku budziły go silne napady tężenia mięśni. Wieczorem ciepłota wynosiła 37·6, a tętno 104. Zażył $^1/_8$ ziarna *Extr. Calabaris* o godzinie 6éj wieczorem. O godzinie 8éj znów $^1/_{10}$ ziarna kalabaru (trzecia to dawka tego dnia). Wypróżnienia w ciągu dnia wcale nie miał pomimo rzewnia; poleciłem zatém lewatywę z oleju rycynowego. Następnego dnia 18 czerwca o godzinie 9éj z rana wśród tężenia mięśni całego ciała i podwyższenia ciepłoty do 38,4°C. nastąpiło konanie i śmierć. Oględzin pośmiertnych nie robiłem.

Co było przyczyną tężca w tym przypadku? Czy skaleczenie w stopę, które nastąpiło w ostatnich dniach maja, czy też pobicie 5go czerwca? Nie podobna tego określić, gdyż nie wiemy, jak długo trwa okres wylęgania choroby. Od skaleczenia do pierwszego objawu tężca upłynęło około 10 dni, a od pobicia tylko 5 dni, gdyż 10go czerwca chory poczuł pierwsze objawy bólu i tężenia w mięśniach karku. Dla lekarza sądowego określenie przyczyny w tym przypadku byłoby niemożebném i stanowiłoby szkopuł nie lada; dla nas zaś wszystko jedno, czy skaleczenie, czy pobicie, w każdym razie trauma. Cały przebieg choroby od pierwszych objawów aż do śmierci trwał 8 dni. Ciepłota w ciągu choroby wahała się pomiędzy 37·2 a 38·4, dopiero podczas konania wzniosła się do 39·4. Żadne środki narkotyczne i przeciwtężcowe nie przyniosły korzyści, nawet chwilowéj, dla tego też widząc cierpienia dziecka, a chcąc mu ulżyć koniecznie, wybierałem to ten, to ów środek, nie pozostając dłużéj przy żadnym z nich. Podskórnych zastrzykiwań morfiny, a następnie kurary, zaniechałem głównie dla tego, że nie widziałem żadnéj natychmiastowéj ulgi, przeciwnie nawet każde zastrzyknięcie wywoływało nowy, silny napad tężca. Dla tego też w końcu uciekłem się do zadawania środków lekarskich li tylko przez usta (*Extr. Calabaris*) i przez drogi oddechowe (chloroform), gdyż te sposoby najmniéj szkody przynosiły choremu.

W Nrze 44 *Berl. klin. Woch.* z 1883 r. Dr. Gontermann pomieścił opis przypadku tężca urazowego u $4^1/_2$-letniego chłopczyka, uleczonego za pomocą systematycznych zastrzykiwań kurary. Pierwsze zastrzykiwanie w ilości $^1/_{12}$ ziarna (0,25 z roczczynu, zawierającego 0,25 kurary na 10,0 wody i 2,5 spirytusu) wywołało bardzo silny napad tężcowy z dusznością i sinicą tak wielką, że autor obawiał się na tychmiastowéj śmierci i już żałował, że lek zastrzyknął. Po kilku minutach napad przeszedł, a chociaż w ciągu dnia nie znać było najmniejszego polepszenia, wieczorem jednak zastrzyknięto prawie $^1/_8$ gr. kurary, co znowu wywołało zatrważający napad. Następnych dni zastrzykiwał autor po $^1/_6$ gr., a nawet po $^1/_4$ gr. i po kilku dniach tak odważnéj i wytrwałéj pracy doczekał się poprawy, a następnie zupełnego uzdrowienia chorego.

Drugi przypadek Dra de Grousilliers, opisany w tymże numerze, zakończył się śmiercią, pomimo kilkudniowéj poprawy podczas stosowania kurary. Autor utrzymuje, że użyte przezeń dawki były zbyt małe (dwa razy dziennie po 0 006, a następnie po 0,012 u dorosłego mężczyzny).

Bądź co bądź działanie kurary jest niepewném, ryzykownem i wymaga przeto dokładnych badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych. Wyciąg kalabaru, stosowany przezemnie w ostatnich dniach choroby nie przyniósł żadnéj widocznéj ulgi. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

E. Leyden: **O samorodném zapaleniu otrzewny.**

Zapalenie otrzewny odróżnili dopiero Laënnec i Broussais od innych spraw zapalnych w jamie brzusznéj i od zapaleń powłok brzusznych, co wszystko dawniéj uważano za jednę sprawę. Wkrótce jednak pouczyło doświadczenie, że zapalenie otrzewny bywa zazwyczaj schorzeniem następowém, Louis zwłaszcza nabył przekonania, że samorodne zapalenie otrzewny bywa nader rzadkiém zjawiskiem, a w najliczniejszych przypadkach zachodzi związek przyczynowy pomiędzy zapaleniem otrzewny a zmianami patologicznemi narządów okolicznych. W miarę gromadzenia się doświadczeń, zdobywanych na stole sekcyjnym, stawało się istnienie samorodnego zapalenia otrzewny coraz wątpliwszém. W ślad za tém zapatrywaniem idą autorowie podręczników, jedni wspominają o tém schorzeniu twierdząc, że bywa ono nader rzadkiém, inni przeczą wprost jego istnieniu.

Przeszukując starannie odnośną literaturę wynalazł autor dosyć liczne opisy kazuistyczne téj choroby, zwłaszcza przez lekarzy francuskich; wszystkie te obserwacyje pochodzą z lat dawniejszych, a na szczególniejszą uwagę zasługują opisy przypadków, w których zapalenie otrzewny występowało wśród przebiegu ostrego gośćca stawowego.

Sam autor miał sposobność obserwować kilka przypadków tego rodzaju w klinice swojéj. Sekcyje wykazały, że brakowało zupełnie zmian pierwotnych w narządach okolicznych, a mianowicie części rodne wewnętrzne były u obu niewiast zmarłych zupełnie prawidłowe. Opisy tych przypadków, nader starannie zbadanych, dowodzą, że samorodne zapalenie otrzewny istnieje i że jest rzadszém u mężczyzn aniżeli u kobiet. Przebieg bywa w licznych przypadkach tak samo gwałtowny jak w zapaleniu otrzewny w skutek wydostania się kału, w mniejszéj liczbie przypadków sprawa zapalna kończy się pomyślnie, jakkolwiek się nieco przeciąga. Badając mikroskopowo wypociny ropne z jam otrzewnowych wykrył autor prątki, które jakkolwiek nie różnią się postacią od prątków znajdujących się wśród zapalenia otrzewny połogowego, to jednak nie znajdują się w tak znacznéj ilości, jak to bywa wśród właśnie przytoczonego schorzenia. Na téj podstawie przypuszcza L., że te dwa rodzaje zapalenia otrzewny nie różnią się zasadniczo oddzielnie, lecz tylko stopniem nasilenia. Wypociny badane nie cuchnęły i różniły się w skutek braku prątków gnilnych od wypocin z przypadków zapalenia posokowatego.

Zapalenie otrzewny powstające w przebiegu zapalenia gośćcowego jest odmienną sprawą, gdyż wypociny wśród zapalenia stawów bywają surowicze a w zapaleniu otrzewny samodzielném bywają ropne. Ostatnią sprawę chorobową uważać należy za sprawę pasorzytniczą, a jakkolwiek nie mamy dotąd sposobu do wykazania drogi, po któréj przy-

rzut wtargnął, to musimy w tych przypadkach, niemniéj jak w innych chorobach zakaźnych przypuścić, że pasorzyty znajdują się i w zdrowych organizmach a dopiero szkodliwości przypadkowe stają się przyczyną osiedlania się tychże na otrzewny. Menstruacyja usposabia do powstania samorodnego zapalenia otrzewny, chociażby nawet narządy pośredniczące w przeniesieniu przyrzutu, a mianowicie macica i trąbki, nie uległy najmniejszym zmianom. Nie mając dotąd środka niszczącego przyrzut musimy starać się działać nań środkiem, który jak dotąd najlepszą sławą się cieszy, a tym jest rtęć. Już Traube stosował w tych przypadkach wcierania szaruchy, L. jednak nie widział po tém znacznego polepszenia i stanowczego wpływu na przebieg choroby; obok tego stosuje lód, makowiec i środki podniecające.

Od dawna przemyśliwał autor nad leczeniem tego cierpienia zabiegiem operacyjnym; dotychczasowe wyniki nie są tak pomyślne jak leczenie otoków ropnych opłucnowych, trudniéj bowiem oczyścić nader liczne zaułki jamy otrzewnowéj. Zawsze jednak wypadałoby, ażeby chirurdzy z zawodu zajęli się tą sprawą. *(Deutsche med. Wochenschrift*, Nr. 17, 1884). *Dr. Schaitter.*

Mendel: **O macinnicy u mężczyzn.**

Eulenburg wyraża się, że jeżeli nazwę macinnicy (*hysteria)* wywodzi się od macicy, to przypuszczenie istnienia macinnicy u mężczyzn jest niedorzecznêm. Dawne jednak zapatrywania, na podstawie których odnoszono zbiór przypadów macinnictwa do zmian macicy, jakkolwiek panowało bez mała lat 2000, należy już do przeszłości; doświadczenie pouczyło, że macinnictwo stoi w takim stosunku do zmian macicy jak do zmian w jakimkolwiek innym narządzie a w obec istniejącéj skłonności może każda inna sprawa chorobowa wywołać przypady macinnicze lub przebieg ich przyspieszyć i macica nie ma w tym względzie wcale większego znaczenia. Doświadczenie pouczyło, że kobiety bez macicy mogą zapadać w macinnicę a z drugiéj strony u $^1/_4$ do $^1/_3$ macinniczek bywa brak zupełny zmian chorobowych w macicy. Toż samo zupełnie dotyczy jajników. Zapatrywania niniejsze wywarły już wpływ na terapiję téj nerwicy, a nawet w ostatnich czasach ochroniły niejednę chorą przed zabiegiem leczniczym wcale nieusprawiedliwionym, do którego się już gdzieniegdzie zabierano, a mianowicie przed wycięciem jajników.

Nazwy *„hysteria“* nie należy dłużéj rozumieć według jéj brzmienia etymologicznego, tak samo jak odstąpiono od podobnego pojmowania nazw *„hypochondria“* i *„melancholia“* a skoro rzecz tak się przedstawia, nie stoi nic na przeszkodzie, aby nazwa ta mogła obejmowac pewien zbiór przypadów u mężczyzn, odpowiednich zupełnie przypadom spostrzeganym u kobiet. Większa trudność nasuwa się chcącemu określić obraz kliniczny téj choroby, gdyż przypady macinnictwa zmieniają się jak barwy kameleona, jak się Sydenham wyrażał. Zlokalizowanie téj choroby jest również niemożliwém na razie, gdyż przypuszczając z Liebermeistrem, że choroba ta polega na „zmianach czynnościowych kory mózgowéj,“ nie moglibyśmy odróżnić jéj od zadumy, szaleństwa i obłąkania pierwotnego, schorzeń kory mózgowéj, dla których zmian specyficznych nie wykazano. Od dawna wiedziano już, że szereg przypadów odpowiednich macinnictwu pojawia się u mężczyzn a Frerichs we Wrocławiu twierdził już za czasów studenckich autora, że zna jeden tylko przypadek macinnicy u mężczyzny a mianowicie u pewnego słuchacza teologii z nadto wąskim napletkiem. Romberg zastanawia się nad macinnicą u mężczyzn (*Nervenkrankheiten* 1857), przypuszcza jéj istnienie, utrzymuje jednak, że ona jest u mężczyzn tylko przemijającą, gdy u kobiet bywa trwałą. Głównie przyczynili się Francuzi do poznania macinnicy u mężczyzn. Briquet przytacza 50 przypadków z własnéj obserwacyi i przychodzi do przekonania, że na 20 kobiet cierpiących na macinnicę przypada jeden mężczyzna z tém cierpieniem. Dosyć liczne opisy kazuistyczne macinnicy u mężczyzn pojawiały się w Anglii, Rosyi, Skandynawii (typowy przypadek obserwowano przed kilku laty w klinice prof. Korczyńskiego, zob. Przegląd Lekarski 1880, Nr. 52).

Niemcy pozostawali ciągle w tyle i nie zwracali uwagi na dosyć liczne przypadki trzymając się stale dawniejszych zapatrywań, i rozpoznając w tych przypadkach pląsawicę lub hypochondryję.

W wykładzie swoim nie zapuszcza się autor w wyliczanie objawów klinicznych macinnicy u mężczyzn, nadmienia tylko, że choroba ta pojawia się u mężczyzn w postaciach od najlżejszych do najcięższych, do t. zw. napadów „hystero-epileptycznych“, a na dowód przytacza historyje chorob dwóch przypadków typowych, które sam obserwował. Pierwszy z nich dotyczy chłopca 10-letniego, drugi mężczyzny 33 lat liczącego. Wszystkie cztery przypady, występujące najczęściej u kobiet macinniczek, a mianowicie: ból w *regio iliaca* zwany *ovaria*, ból w dołku żołądkowym, kurcz przełyku zwany *globus*, i ból czaszki zwany *clavus*, pojawiały się w drugim przypadku. *Ovaria* pojawia się według doświadczenia autora w przeważnéj liczbie przypadków macinnicy u mężczyzn i to najczęściéj po stronie prawéj, tak, że ból ten ma poniekąd znaczenie rozpoznawcze. Jak już ginekologowie stwierdzili nie pochodzi *ovaria* od bolesności jajników, a przy ucisku mającym sprawdzić istnienie tego objawu nie napotyka się zazwyczaj jajnika, jestto najprawdopodobniéj ból mięśniowy mięśnia brzucha skośnego (Briquet) i téj samej przyrody, co ból w krzyżach lub w mięśniach piersiowych macinniczek. Charcot wspomina również o chłopcu, u którego ból taki istniał, jest on jednak tego zdania, że zamiast *ovarii* występuje u mężczyzn bolesność jąder a ucisk na nie zwykł wywoływać napady drgawek, autor nie podziela tego zapatrywania na podstawie swojego doświadczenia. Znieczulenie połowicze lub pewnych części ciała, porażenia połowicze, ślepotę nagłą jednostronną, bóle w stawach i kontraktury przyrody macinniczéj spostrzegał autor u mężczyzn.

Co się tyczy etyjologii macinnicy u mężczyzn to tak samo jak u kobiet dziedziczność odgrywa wielką rolę, prawdopodobném jest jednak, że zaród do téj choroby nie jest wrodzonym, lecz że się ona rozwija w skutek naśladowania. Najczęściéj zapadają młodzieńcy pomiędzy rokiem 14 a 16 życia, że jednak nie tylko osłabieni i niedokrewni podlegają téj chorobie, dowodzi spostrzeżenie Anglików, że macinnica pojawia się nader często u marynarzy. Nagłe wstrząśnienie umysłu bywa ostateczną przyczyną powstania macinnicy a opisy lekarzy amerykańskich przemawiają za tém, że dosyć liczne przypadki t. zw. *Railway spine* zaliczyć należy do działu macinnicy u mężczyzn.

Rozpoznanie macinnicy u mężczyzn bywa dosyć trudném, częstokroć możliwém dopiero po dłuższéj obserwacyi, największe znaczenie mają w tym względzie: 1) wykazanie w anamnezie przypadów ze strony układu nerwowego, które nie składają się wcale na obraz jednego ze znanych organicznych schorzeń tegoż układu; 2) wykazanie punktów bole-

snych i przypadów tego rodzaju jak np. *globus*; 3) zmiany nagłe przypadów wśród obserwacyi.

Od hypochondryi różni się macinnica wybitnie, jakkolwiek jednak praktycznie nie wiele zależy na odróżnianiu tych stanów chorobowych, to jednak naukowo różnicę bardzo znaczną wykazać można. Już Romberg oznaczył ściśle te różnice, gdy bowiem w przebiegu hypochondryi duch jest produktywnym, wynajduje zmiany i uczucia bólu i umiejscawia je w pewnych narządach, najczęściéj w narządach brzusznych, brak woli nadaje cechę psychiczną macinnicy, odruchowość wygórowana panuje nad objawami a współczucia w różnych pniach nerwowych wikłają obraz choroby. Temu téż odpowiada stałe utrzymywanie się obawy przed następstwami choroby u hypochondryków, podczas gdy macinniczki trapi jedynie obecne schorzenie a od zwątpienia i rozpaczy przechodzą snadnie do żywego udziału w sprawach swego otoczenia. Jakkolwiek nie brak objawów przejściowych z jednéj choroby do drugiéj, to jednak nie występują napady drgawek i stany porażenne w zakresie czucia i ruchu u hypochondryków.

Neurasthenia jest nazwą stanu chorobowego zdaniem autora nie potrzebnie wprowadzonego do patologii. Pewna część tych chorych jest hypochondrykami, inna macinniczkami i macinnikami, w najznaczniejszéj liczbie przypadków jest *neurasthenia* tylko okresem zwiastunowym zboczenia umysłowego a są wreszcie przypadki, w których pod nazwą *neurasthenii* ukrywa się zupełnie rozwinięta choroba umysłowa.

Trwanie macinnicy u mężczyzn jest tak zmiennêm jak sama choroba, a rzadko tylko następuje odrazu wyleczenie, przeciwnie nawroty choroby bywają dosyć częste. Odpowiednio do tego należy być przezornym w rokowaniu, zwłaszcza u chłopców doznających przypadów macinnicy. Nawet po ustaniu tychże na czas dłuższy przychodzi częstokroć do napadów padaczkowych, u innych rozwija się choroba umysłowa po 30 roku życia i to częstokroć nieuleczna; w ogóle macinnica u mężczyzn bywa chorobą groźniejszą aniżeli u kobiet.

Leczenie winno być takie samo jak macinnicy u kobiet; bromek potasu podawany stereotypowo w schorzeniach układu nerwowego bywa, według doświadczenia autora, bez skutku w tych przypadkach, nie więcéj skutkują pigułki z chleba itp. Działanie miejscowego leczenia, np. zimne okłady na jądra, nie skutkowało w przypadkach autora, radzi on jednak doświadczyć takiego działania, gdyż Dreyfouss zdołał przez ucisk na jądro przerwać napad drgawek u chorego młodzieńca. Najkorzystniéj wpływa u osób młodocianych wydalenie z domu rodzicielskiego i umieszczenie w odpowiednim zakładzie, którego kierownik pojmuje należycie stan takiego chorego. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 16, 1884).

Dr. Schaitter.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

VII. Posiedzenie zwyczajne z dnia 23 kwietnia 1884 r.

Przewodniczący kol. Kwaśnicki, członków obecnych 25. Jako goście obecni: Dr. Janiszewski z Glinian, Dr. Józefczyk z Krakowa i Dr. Röhmer z Czerniowiec.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2. Kol. Walentowicz przedstawia ponownie ciało kuliste, wielkości główki dziecięcéj, o powierzchni nierównéj, o ścianach twardych przeświecających, które we dwie godziny po oźrebieniu się klaczy źrebięciem zdrowém i donoszoném wraz z popłodem odeszło.

„Po przecięciu twardéj skorupy w obecności prof. Madurowicza, który obejrzawszy takowe dokładnie za jajo poronne uznał, okazało się, iż ciało zawiera płyn żółtawy, przeźroczysty, gęsty, niecuchnący, wagi około 400,0. W płynie badanie mikroskopowe nie wykazało żadnych ciał stałych ani téż pasorzytów. Po kilku godzinach skrzepła ciecz a badanie chemiczne i drobnowidowe wykazało, iż mamy w niéj białko surowicze i włóknik. Skorupa również chemicznie i mikroskopowo zbadana przedstawia tkaninę kostną. Na podstawie rozpoznania prof. Madurowicza, badań chemicznych i drobnowidowych, oraz rozpatrzywszy się w literaturze i wykluczywszy stanowczo nowotwór macicy, przyszedłem do przekonania, iż w danym przypadku mamy obumarłe jajo płodowe odpowiadające wielkością płodowi końskiemu 3ch miesięcznemu, który oprócz błon w zupełności wessanym został.

U naszych zwierząt domowych ciąża mnoga, *superfecundatio*, *superfoetatio* jak u świń, psów, królików, nawet i krów, jest rzeczą zwykłą a obumieranie jaj płodowych, które już nawet do pewnego rozwoju doszły bardzo częste. Kehrer, który zrobił w tym względzie wiele ciekawych spostrzeżeń, znalazł u 24 świń w pierwszéj połowie prośności w prawym rogu macicy 117 obok 208 obumarłych jaj, a w lewym 110 płodów obok 172 jaj płodowych zamarłych, u mięsożernych znalazł tenże 12% na 18 badanych a u królików na 35 obserwowanych przypadków 11% obumarłych jaj. — U konia jednak należy ciąża mnoga do rzadkości, obumieranie płodu również a wydzielenie płodu jaki obecnie przedstawiam, o ile mi literatura jest dostępną, jedyny Böers dotychczas opisał, lecz w jego przypadku błony nie przedstawiały skorupy kostnéj lecz chrząstkowatą. Głównym powodem obumierania płodów jest ciąża mnoga a bezpośrednią przyczyną zagłodzenie, poprostu *chorion* nie może znaleźć odpowiedniéj ilości błony śluzowéj macicy (u trawożernych nie istnieje *decidua*) do dostatecznego odżywiania wzrastającego płodu w skutek czego tenże ginie. Inne przyczyny, jak brak tlenu, szczególniéj przy silnéj, wytężającéj pracy, odęcia, zaziębienia, urazy trucizny szczególniéj roślinne jak *Ustilago maidis*, *Claviceps microcephala*, oraz choroby błon płodowych odgrywają podrzędną rolę. Obumarłe jaja płodowe bywają najczęściéj zresorbowane dozwalając bez szkody żywym się rozrastać, albo téż pozostają niezmienione i wraz z donoszonym płodem (Frank's *Geburtshülfe* pag. 272) jak w danym przypadku osłonięte błonami wydalone, które jak dzisiaj widzimy mogą uledz skostnieniu lub jak Böers opisuje schrząstnieniu. Wyjątkowo tylko przychodzi do poronienia czyli porzucenia obumarłych i żywych płodów.“

W dyskusyi zabierali głos kol. Blumenstok i Kohn.

3. Kol. Jaworski mówi o stósowaniu soli karlsbadzkiéj i zachowaniu się jéj w przewodzie pokarmowym.

(Odczyt ten umieszczonym zostanie w całości w Przeglądzie Lekarskim).

Na têm posiedzenie zakończono.

Dr. Szymkiewicz.

VII. Sprawozdanie z XIII Zjazdu chirurgów niemieckich w Berlinie (od 16—19 kwietnia).

Jak corocznie tak i w bieżącym roku zebrali się członkowie Towarzystwa chirurgów podczas feryj wielkanocnych w Berlinie. Z najodleglejszych nawet prowincyj pospieszyli członkowie do Berlina, aby wziąć udział w wspólnéj pracy naukowéj. Kilku znakomitych chirurgów, pomiędzy innymi Bardeleben, Billroth i Thiersch, ze względu na swe zdrowie lub z powodu stosunków familijnych nie mogło przybyć na Zjazd. Przewodniczącym obrano jak corocznie przez aklamacyę Langenbecka, a jego zastępcą Volkmanna.

Po załatwieniu niektórych kwestyj formalnych i administracyjnych, pomiędzy któremi najważniejszą jest uchwała,

że Towarzystwo ma odtąd prawo mianować znakomitych i zasłużonych chirurgów członkami honorowymi, których liczba jednak nie może przekraczać 12, przystąpiono do właściwéj części naukowéj.

Pierwszy zastanawiał się Dr. Neelsen z Rostoku nad pytaniem: Jak można pogodzić kliniczne pojęcia: *Sepsis*, *Septicaemia* i *Pyaemia* z nowszemi doświadczeniami patologii? Choroby powstałe u człowieka przez zakażenie rany (po wykluczeniu róży, która według badań Fehleisena jest chorobą zupełnie samoistną) są kombinacyją trzech spraw: zatrucia gnilnego, zapalenia w miejscu zaszczepienia i rozwoju samych prątków we krwi. Te trzy czynniki razem dają kliniczny obraz septicemii. Najdokładniéj znamy istotę zakażenia gnilnego, wiemy bowiem przynajmniéj, że nie same przyrzuty tylko ich produkty chemiczne wywołują ogólny obraz posocznicy. Jeżeli zapalenie septyczne wywołane przez trzy wyż wspomniane czynniki przeniesie się drogą krążenia na odleglejsze przyrządy, to powstaje obraz zupełnie podobny do pyemii. Nie jestto jednak zwykła ropnica, gdyż ta ostatnia jest znów zupełnie odrębną chorobą, która do swego rozwoju nie wymaga nawet wcale obecności rany.

Küster z Berlina mówił o zastosowaniu szwu warstwowego w operacyjach plastycznych. Za pomocą tego szwu osiągnął K. pomyślne wyniki w 9 przypadkach zeszycia międzykrocza, w 8 przypadkach wypadnięcia ścian pochwy i w kilku przypadkach operacyi doszczętnéj przepuklin. Wreszcie zaleca zastosowanie tego szwu także przy zeszyciu ścian jamy brzusznéj po laparotomii. K. sądzi, że w ten sposób można w wielu bardzo przypadkach osiągnąć bezpośrednie zlepienie się większych powierzchni rannych i zagojenie się ran jamistych pod jednym opatrunkiem bez wszelkiego drenowania.

W dyskusyi zalecał Mikulicz używanie katgutu chromowego do tego szwu, gdyż zwykły katgut za prędko ulega wessaniu.

König z Gietyngi starał się odpowiedzieć na pytanie: czy należy resekować stawy zajęte zapaleniem gąbczastém ze względu na grożące niebezpieczeństwo ogólnéj gruźlicy. K. nie podziela dziś powszechnie przyjętego zdania, że należy usunąć każde ognisko gąbczaste z kości lub stawów, aby tym sposobem zapobiedz rozwojowi ogólnéj gruźlicy. Twierdzi bowiem, że trudno rozpoznać, czy ognisko w kości jest pierwotném a nie raczéj może już następowym objawem zakażenia, które wyszło od ukrytego gdzieindziéj w ciele ogniska gruźliczego. Statystyka Königa opierająca się na 70 sekcyjach ludzi zmarłych z gruźliczych cierpień kości po części zdawałaby się za têm przemawiać, że prawie zawsze oprócz choroby kości mamy w ustroju jeszcze i gdzieindziéj drobne ogniska. Powtóre zauważył K., że znaczna część chorych zwłaszcza po resekcyjach ginie jużto wśród objawów ostréj gruźlicy, jużtéżto w kilka miesięcy wśród objawów gruźlicy bardziéj przewlekłéj. Przypadki te od czasu zastosowania jodoformu stają się coraz rzadszemi. K. twierdzi, że właśnie podczas operacyi prątki ogniska gruźliczego bywają wpędzane niejako do ustroju.

Cramer z Wiesbadenu mówił o zakażeniu zaczynowém (*Fermentintoxikation*) w skutek obecności torbiela krwawego, na podstawie odnośnego przypadku operowanego przez Langenbecka. Przypadek ten dotyczył kobiety, która od dwu lat znacznie upadła na siłach, cierpiała na ciągłe nudności, biegunkę, bezsenność i kaszel, przytém wciąż dość znacznie gorączkowała. Po dwu latach spostrzegła chora na udzie lewém, powyżéj zgięcia kolanowego, guz chełbocący, wielkości jaja gołębiego. Po wycięciu tego guza, który okazał się być torbielem krwawym, chora bardzo szybko powróciła do zupełnego zdrowia. Cramer sądzi, że obraz choroby odpowiadał zupełnie chorobie pierwotnie przez Köhlera opisanéj i przez niego zakażeniem zaczynowém nazwanéj.

J. Wolff z Berlina na podstawie swych badań mówił o zmianach wewnętrznéj budowy kości w skutek patologicznych zmian ich zewnętrznego kształtu. W. dowodzi, że w skutek zmiany kształtu kości zmienia się ich budowa, że mianowicie zmienia się ułożenie poszczególnych beleczek kostnych względem siebie i względem osi kości. Zmiana ta ułożenia poszczególnych beleczek podlega ścisłemu prawu fizycznemu, i da się naprzód na podstawie rachunku oznaczyć. Zwłaszcza w przypadkach złamania kości nowowytworzona kość układa się według ścisłych prawideł stósownie do osi kości, aby mogła być równie silną i odporną jak pierwéj. Zresztą w tych razach zmiany nie ograniczają się tylko do samego miejsca złamania lecz i znacznie wyżéj od tego miejsca się zmienia ułożenie poszczególnych beleczek względem siebie, w miarę jak tego zmieniony kształt kości wymaga. Podobne stosunki istnieją także w przypadkach skrzywień krzywiczych. Także w przypadkach *genu varum* i *valgum* następuje zmiana ułożenia beleczek w kościach, podczas gdy same części bezpośrednio staw stanowiące zmiany nie doznają.

Bidder z Berlina okazał ząb, który przed 3ma laty wyjął dziewczynie 14-letniéj. Byłto siekacz szczęki górnéj, który z powodu ropnia podokostnowego chwiać się począł. Ponieważ po wyjęciu okazało się, że ząb ten był zupełnie zdrów, przeto B. włożył napowrót ząb do odpowiedniego łożyska. Ząb już po 5 dniach tkwił tam zupełnie mocno. Po 3ch latach wypadł jednak i pokazało się, że cały korzeń prawie znikł, a natomiast łożysko wypełnione było zupełnie granulacyjami. Dalszy przebieg gojenia się był zupełnie prawidłowy.

Wagner z Królewskiéj Huty mówił na podstawie przypadków obserwowanych w swéj praktyce o zwichnięciu kręgów szyjnych. Pierwszy przypadek dotyczył 50cioletniego starca, który uderzył karkiem o twardy przedmiot. Gdy chory po kilku chwilach wrócił do zupełnéj przytomności, spostrzeżono zupełne porażenie i znieczulenie odnóg dolnych i częściowy niedowład odnóg górnych. Głowa była mocno przegięta ku tyłowi; mięśnie karku napięte. Ruchy głowy mocno, ruchy połykowe miernie upośledzone. Badanie nie wykazało żadnych zboczeń w kształcie kręgosłupa. Na trzeci dzień chory umarł wśród podniesienia się ciepłoty ciała do 41°. Przy sekcyi okazało się po odsłonięciu zupełném kręgosłupa, że 6ty krąg szyjny był zwichnięty ku przodowi. W. twierdzi, że jeżeli więzadło podłużne przednie i więzadło międzykręgowe nie ulegną przedarciu, to nie może odrazu powstać typowy obraz zwichnięcia ku przodowi, lecz chory odruchowo stara się kurcząc mięśnie karku i opierając łuk kręgu górnego o łuk dolnego powstrzymać całkowite ześliźnięcie kręgu chorego ku przodowi. — W drugim przypadku widział W. ustalenie głowy z twarzą prawie wprost ku górze zwróconą. Obrażenie powstało tu przez spadnięcie ze znacznéj wysokości. Badanie oprócz wyż wspomnianego położenia głowy okazywało tylko bolesność wyrostka kolczy-

stego 6go kręgu szyjnego i ogólne znieczulenie i porażenie. Chora w 4 tygodnie po obrażeniu umarła w skutek rozległej odleżyny. Sekcyja wykazała zwichnięcie kręgu z przedarciem więzadła.—W podobnym trzecim przypadku, gdzie w skutek ciężkiego uderzenia w kark wystąpiła bolesność wyrostka kolczystego 5go kręgu szyjnego i porażenie pęcherza, nastąpiło wyleczenie zupełne.—W jednym przypadku w skutek ciężkiego urazu wystąpiły objawy zwichnięcia jednostronnego ku przodowi po lewéj stronie. Po odprowadzeniu tego zwichnięcia wszystkie objawy ustąpiły. W skutek podobnego urazu wystąpiły u drugiego chorego nader ciężkie objawy: zupełne porażenie odnóg dolnych, lewego ramienia i pęcherza, znieczulenie częściowe prawéj połowy ciała. Głowa ku prawéj stronie skręcona i przechylona. Mięśnie karkowe po stronie lewéj napięte, krąg piąty szyjny mocno bolesny. W. przypuszczając w tym przypadku również zwichnięcie jednostronne skręcił naprzód głowę jeszcze nieco bardziéj ku stronie prawéj a zarazem przechylił ją ku stronie lewéj a potém ku stronie prawéj. Głowa wróciła do prawidłowego położenia a objawy porażenia zwolna poczynały ustępować.—W ostatnim wreszcie przypadku powstało jednostronne zboczenie ku przodowi u młodego chłopca w skutek upadnięcia na głowę ze stołka. Zboczenie to dało się łatwo zwykłym sposobem usunąć.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos Schede, Volkmann, Czerny, Lauterstein, Winiwarter i Kulenkampff, którzy podobne przypadki w swéj praktyce obserwowali. (Dok. n.)

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Rzut oka na czynności oddziału chirurgicznego szpitala powszechnego lwowskiego w roku 1883.
Skreślił prymaryjusz Dr. Ziembicki.

I. Oddział chirurgiczny szpitala powszechnego umieszczony jest poza obrębem gmachu głównego w domu prywatnym i stanowi t. z. filiję Hofmańską. Fakt, iż budynek ten należy do osoby prywatnéj, jest powodem, że Wydział krajowy, który tyle zrobił i robi dla szpitali, nie mógł tu łożyć na radykalne przekształcenia podobne do tych, które przeprowadzić kazał w dawnym klasztorze Pijarów. Właścicielka ciągle grozi wypowiedzeniem dalszéj umowy i bardzo być może, że wkrótce już wypadnie szukać trwalszego i stosowniejszego pomieszczenia.

Sale dla kobiet znajdują się na dole i liczą 36 łóżek rozdzielonych nierównie na 5 pokoi, sale dla mężczyzn na drugiém piętrze zawierają 67 łóżek rozdzielonych na 8 pokoi, z których największy mieści łóżek 18. Całe pierwsze piętro zajęte jest przez oddział położniczy prof. Czyżewicza a sąsiedztwo tak bliskie wobec ciągłego przepełnienia szkodliwém być musi obustronnie. Odosobnienie możliwe u mężczyzn jest nie do przeprowadzenia u kobiet; separatka zaś męska przylega do głównych wychodków; tak więc korzyść osiągniętą w jednym kierunku traci się w drugim.

Wentylacyja, polegająca na otwieraniu okien, jest zupełnie niewystarczającą, gdyż dopilnować nie można, ażeby chorzy sami okienek górnych nie zamykali, w skutek czego w nocy zaduch, a często i w dzień zdarza się że powietrze niedostatecznie bywa odświeżane.

Służba lekarska w roku 1883 składała się oprócz kierownika oddziału z trzech lekarzy pomocniczych, od grudnia zaś liczba ich zredukowaną została do dwóch. Z tego wynika, że przy ogromie materyjału niemal codziennie wśród operacyi lub zmiany opatrunków, siostra albo posługacze oddają usługi, które bezwarunkowo tylko lekarzom w udziale przypadaćby powinny. Podobnie rzecz ma się z materyjałem opatrunkowym: siostry sporządzają gazę jodoformową, Listerowską, przygotowują roztczyny karbolowe, których antyseptyczna wartość nie zawsze da się ocenić i daleko jesteśmy od urządzeń klinicznych, gdzie osobni asystenci mają pieczę nad gąbkami, jedwabiem lub instrumentami. Zupełnie niewystarczający personal lekarski, wśród posługaczy zaś często zmienianych brak rąk sumiennych, wzdrygających się instynktowo na wszystko, co chociaż czyszczone a jednak możliwie nieczyste, — oto między innemi powody, dla których o absolutnéj antyseptyce w szpitalu mowy być nie może.

Do polepszenia warunków higijenicznych oddziału chirurgicznego w roku ubiegłym nie przyczyniła się zapewne i ta okoliczność, że stan chorych był o 20% większym niż w latach poprzedzających. W saméj rzeczy z przeciętnéj cyfry 1300 podniósł się do niebywałéj liczby 1656 pacyjentów. Następstwem tego było bezustanne przepełnienie sal, brak łóżek i stawianie nadliczbowych tapczanów wśród i tak za gęsto leżących chorych. A jednak, mimo tych złych warunków, procent roczny śmiertelności nie powiększył się, przeciwnie cyfra jego $5\%_0$ jest najniższą w ubiegłém ośmioleciu. Dodać muszę, że i ta śmiertelność znacznie byłaby niższą, gdyby nie cały zastęp marantyków, u których żadna akcyja chirurgiczna zastosowaną być nie mogła. Jestto wszędzie smutny przywilej prymaryjatów chirurgicznych, nieznany w klinikach uniwersyteckich, które cieszą się do woli wybieranym materyjałem i nigdy chorych tego rodzaju nie przyjmują. Nie można więc porównywać śmiertelności i wyników operacyjnych klinik i szpitali.

Wśród podobnych stosunków metoda opatrywania przeciwgnilnego, chociaż przeprowadzić się nie dała w pożądanéj ścisłości, chociaż nieraz pogwałcona oddała jednak ogromne usługi, a barometrem najwierniejszym jéj zastosowania jest wynik większych amputacyj i eksartykulacyj robionych w stanie nieseptycznym. Notujemy bowiem w téj kategoryi jeden tylko przypadek śmierci na 41 operacyj, między któremi 14 amputacyj uda miały 14 razy pomyślny rezultat.

Operacyje wykonane w stanie septycznym wykazały naturalnie daleko gorsze wyniki, gdyż stopień zatrucia i zaniedbania był w ogóle bardzo wysoki.

Zastanowienia godnym był także przebieg złamań otwartych leczonych konserwatywnie: z 21 chorych jeden tylko uległ ropnicy. Straszne to powikłanie było prawdziwą rzadkością w tym roku, gdyż oprócz przypadków importowanych z ropnicą już zdeklarowaną i chore o wyżéj nadmienionego, jeden tylko marantyk po amputacyi ramienia dostał ropnicy, być może w skutek przedwczesnego usunięcia drenów z kikuta na pozór *per primam* zagojonego. Róża grasowała w Iém półroczu tak jak i w latach poprzednich. W dziale męskim przypadki importowane z miasta lub zrodzone w salach natychmiast były izolowane i przebiegały lekko. U kobiet przeciwnie brak separatki dał się mocno we znaki, bo powikłanie to nieprzyjemne występowało częściéj i groźniéj. W IIém półroczu rozszerzyłem zakres opatrunków t. zw. trwałych i tém samém zredukowałem różę do minimalnych proporcyj. Jak ważném jest zostawiać rany w spokoju, dowodzi, że w szeregu 50ciu amputacyj i eksartykulacyj raz tylko wybuchła róża, a to właśnie u choréj, którą wyjątkowo częściéj opatrywać wypadało.

Opatrunek stosowałem z początku Listerowski lub jodoformowy, późniéj wyłącznie ten ostatni. Przekonałem się bowiem, że w warunkach szpitala naszego jodoform daje większą gwarancyję, opaska zaś listerowska przez siostry przygotowana łatwiéj zawodzi. Tak przynajmniéj tłumaczę sobie, że rezultaty w roku 1883 były znacznie korzystniejsze od tych, jakie z Listerem, np. przy amputacyjach, osiągnięto w latach 1880 i 1881. Niemając zamiaru wchodzić w szczegóły różnych operacyj, zwracam uwagę na czterokrotnie szczęśliwy wynik cięcia wysokiego przy kamieniach pęcherza i na dość niekorzystną statystykę w hernijotomijach. Przypadki przychodziły przeważnie bardzo późno z gangreną lub ogólném zapaleniem otrzewny, kiedy nawet założenie rzyci sztucznéj już nie miało szans uratowania życia. Przeciwnie początek roku 1884 bardzo obfity w hernijotomije dał na 6 operacyj 5 przypadków wyzdrowienia, gdyż przyszła seryja chorych niezaniedbanych

Chirurgija dzisiejsza bogata w środki, aby do zakażenia nie dopuścić, aż nadto bezsilną jest wobec grasujących już mikroorganizmów a zneutralizowanie tychże zaliczyć wypada częstokroć między *pia desideria*. Kończąc na tém ogólne te uwagi i przypominając raz jeszcze, że szpital to nie klinika, przedstawiam sumaryczny wykaz operacyj wykonanych w roku ubiegłym

mając nadzieję, że z główniejszemi zapoznam później czytelników Przeglądu Lekarskiego. (Dok. nast.)

○ Przeniesienie zarazy racico-pyskowéj na człowieka. Bardzo ciekawa choroba epidemiczna z zajęciem narządów oddechania zdarzyła się w Dover, a o ile sądzić można, wypada ją uważać za zostającą w związku z zarazą racico-pyskową, która panowała w jednéj mleczarni. Wybuch obserwował bardzo starannie Dr. Robinson, a choć dochodzenia jego nie są jeszcze ukończone, to przecież ułożył w tym przedmiocie sprawozdanie dla Rady miasta. Już w samym początku padło podejrzenie na pewną mleczarnię w mieście, ale wkrótce okazało się, że mleka z niéj pochodzącego nie można o szerzenie zarazy obwiniać. Sprzedający mleko atoli nie sprzedawał li tylko mleka z własnego gospodarstwa, ale otrzymywał je też z sąsiednich gospodarstw, a w jedném z nich znaleziono, iż krowy cierpiały na zarazę racico-pyskową. Nadto rzecz się tak miała, że pośród odbiorców mleka znajdowali się tacy, którzy kupowali samą tylko śmietankę i ci głównie byli dotkniętymi; wybadano daléj, że sprzedawano jedynie śmietankę pochodzącą z mleka krów gospodarstwa, o którém wyżéj była mowa. I inna także okoliczność wskazywała to gospodarstwo jako źródło choroby, a mianowicie ta, iż uległo chorobie czterdzieści parę osób, które nie brały mleka od wspomnionego mleczarza, ale zaopatrywały się w mleko wprost w rzeczoném gospodarstwie. W ogólności zapadło 144 osób, z tych 130 pobierało mleko od mleczarza. Właściwy wpływ śmietanki jako nośnika istoty choroby okazywał się i w tém, że liczba dorosłych, którzy zachorowali, w porównaniu z liczbą dzieci była znaczną, a pośród nich byli tacy, którzy nie używając mleka spożywali tylko śmietankę z herbatą nieraz przypadkowo w domu przyjaciół. Przypady były następujące: dreszcze a następnie ból głowy, gorączka, ból w nogach, pękanie warg i wysypka pęcherzykowa na klatce piersiowéj. W niektórych przypadkach migdałki były obrzmiałe a czasem ulegały zropieniu, czemu towarzyszyło obrzmienie gruczołów. Jak już nadmieniono, dochodzenie jest dopiero w toku, z dalszych badań dowiemy się niewątpliwie o istotnym stosunku osób, które używały mleka i śmietanki, jak i o ogólnéj liczbie chorych. Okoliczność, że może niektóre osoby zachorowały, które nie używały mleka, nie osłabia teoryi co do źródła zarażenia się. Należy się spodziewać, iż okaże się, że w niektórych przypadkach miało miejsce zarażenie się od osób chorych, że więc były drugorzędne przypadki. Że mleko krów cierpiących na zarazę racico-pyskową może wywołać u ludzi pewne cierpienie, to nieraz to wykazywano, ale nigdy wybuch nie miał tych rozmiarów jak w tym razie. (*The Lancet*, 1884, I. Nr. 11).

W dalszém sprawozdaniu donosi Dr. Robinson, że z liczby 114 domów, do których mleczarz dostarczał mleka, w 79, o ile wiadomo, odbiorcy zachorowali. Okoliczność, iż zachorowały osoby, które nie pobierały mleka od tego mleczarza, tłumaczy się tém, iż inny dostarczyciel mleka dwukrotnie zaopatrzył się w mleko w gospodarstwie, w którém krowy były chore. Że ulegali przeważnie ci, którzy spożywali śmietankę, to wyjaśnia R. tém, że niższe twory żywotne dosięgają w niéj wyższego okresu rozwoju, niż w mleku, prawdopodobném jest jednak i to, iż okoliczność tę zupełnie zawdzięczać wypada procesowi mechanicznemu, ustroje takie bywają zaplątane w kulkach itd. tworzących śmietankę.

Już dawniéj zajmowano się sprawą przenoszenia się zarazy racico-pyskowéj z bydła na ludzi, w roku 1863 badał tę sprawę prof. Gamgee, ale chociaż doszedł do wniosku, iż w niektórych przypadkach, gdy krowy cierpiały na afty i u ludzi podobne objawy spostrzegano, przecież Simon sądził, iż choroby te nie często się przenoszą, zawsze jednak ludność wiedzieć powinna o możliwości przeniesienia.

Późniéj w r. 1869 czynił spostrzeżenia w różnych okolicach Dr. Thorne, ale doszedł jedynie do wniosku, że w pewnych okolicznościach może powstać cierpienie u ludzi po spożyciu mleka pochodzącego od bydła dotkniętego, — że z drugiéj jednak strony przypadki takie są stosunkowo rzadkie. W wielu razach przekonano się, że mleko od krów chorych nie sprawia żadnych szkód. Simon w r. 1869 sądził, iż rozcieńczenie mleka i czas, w którym mleko bywa spożyte, wpływają na powstawanie cierpienia u ludzi. Różnica, zachodząca w opisanym przypadku epidemii w Dover między użyciem mleka a śmietanki, zasługuje na uwagę i potrzebuje wyjaśnienia. (*The Lancet*, 1884. I, Nr. 14).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 kwietnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 46,0. Z ospy umarło 7 (6 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 4 przypadkach ospy, 1 odry, 1 płonicy. W tygodniu od 13—19 kwietnia umarło z ospy w Londynie 8, świeżo zapadło 67, leczyło się w szpitalach 422. W Wiedniu, Glasgowie, Odesie, Murcyi umarło po 1, w Liwerpolu, Petersburgu i Lizbonie po 2, w Madrycie, Cincinati 3, w Maladze 4, w Bombayu (od 12—18 marca) 6, w Kalkucie (od 23 lutego do 1 marca) 8, w Brukseli 9, w Nowym Orleanie 15, w Pradze 41, w Madrasie (od 9 do 15 lutego) 202. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu, Maladze, Murcyi, Granadzie i San Francisco po 1, w Warszawie 2. W Londynie i Paryżu panuje odra, w Londynie szerzy się krztusiec. Z cholery umarło w Madrasie od 9 do 15 lutego 15, w Kalkucie od 23 lutego do 1 marca osób 33, w Bombayu od 12—18 marca 6.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 kwietnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 59,3; w Warszawie 36,6; w Wiedniu 33,3; w Pradze 43,0; w Tryjeście 28,8; w Berlinie 24,6; w Hamburgu 25,9; w Gdańsku 23,1; we Wrocławiu 34,1: w Mnichowie 34,0; w Dreźnie 23.4; w Lipsku 25,9; w Bazylei 24,8; w Brukseli 25,2; Amsterdamie 27,3; w Hadze 22,6; w Paryżu 27,4; w Londynie 21,4; w Kopenhadze 26,5; w Stokholmie 25,2; w Chrystyjanii 16,8; w Petersburgu 42,2; w Odesie 44,3; w Rzymie 36,2: w Wenecyi 19,5; w Bukareszcie 35,6; w Madrycie 31,0; w Lizbonie 24,2; w Aleksandryi 26,7; w Nowym Yorku 26,3; w Filadelfii 23,2; w Bombayu 25,4; w Madrasie 76,9. *J. B.*

Śmiertelność we Lwowie (liczącym 115.544 m. łącznie z 6.000 załogi wojsk.). Zmarło od 20 do 26go kwietnia r. b. 84 osób, co odpowiada śmiertelności na rok i 1000 mieszkańców 37·8. W tym czasie zmarła 1 osoba z ospy, 1 z dyfteryi, 1 z krztuśca, 4 z duru wysypkowego.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 maja. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. zoologii w Uniw. Jagiell. Dr. Nowicki miał rzecz o chorobie, która w stawach kaniowskich w powiecie bialskim nagabnęła karpie, a któréj istoty dotychczas zoologowie nie znają. Następnie kol. Jaworski w dalszym ciągu zastanawiał się nad nową solą karlsbadzką, poczém w kwestyi téj wywiązała się żywa dyskusyja.

* Otrzymaliśmy sprawozdanie z Zakładu leczniczego Dra Edera we Wiedniu za r. 1883. W roku tym przyjęto do Zakładu 250 chorych, co razem z 6ciu pozostałymi z r. 1882 czyni cyfrę pokaźną 256 osób. Pomiędzy niemi było z Rosyi 21 a z Galicyi 15 osób. W wykazie operacyj uskutecznionych w zakładzie spostrzegliśmy pomiędzy innemi 10 owaryjotomij i 6 laparo-hysterotomij; z pierwszych chorych umarły 3, laparotomije zaś wszystkie zakończyły się śmiercią. Nie od rzeczy będzie przypomnieć, że w tutejszym skromnym zakładzie Dra Gwiazdomorskiego, istniejącym dopiero od $^1/_2$ roku wykonane zostały dotąd 4 laparotomije przez proff. Madurowicza i Mikulicza, a mianowicie 1 myomotomija według Schroedera i 3 owaryjotomije, a między ostatniemi jeden przypadek ciężki, bo połączony z resekcyją kiszki. Wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie. Pokazuje się, że tańszym kosztem skuteczną pomocą uzyskać można od swoich i pomiędzy swoimi a publiczność powinnaby, jeżeli już nie z innych względów, to przynajmniéj we własnym interesie poprzeć usiłowania rodaków.

Karlsbad d. 4 maja. W dniu pierwszym maja nastąpiło uroczyste otwarcie sezonu leczniczego w Karlsbadzie, który pomimo niepogody i chłodów zapowiada się nie źle, gdyż od 1go stycznia po dzień 2gi maja zgłoszonych jest 1.629 rodzin, złożonych z 2.048 osób. Na sezon tegoroczny przybyło aż 5ciu nowych lekarzy, tak że obecnie jest nas tu 52ch, nie licząc 4ch chirurgów. W pobliżu szczawy alkalicznéj (Dorotheen-Säuerling) odkryto nowe źródło ciepłoty 15° R., bardzo obfitujące w kwas węglowy, dotychczas jeszcze nie zbadane dokładnie co do składu chemicznego. *C. Stiche.*

Praga czeska. Wydział lekarski czeski przedstawił nareszcie kandydata na zastępcę profesora medycyny sądowéj. Jest nim Dr. Hněvkovsky, b. asystent prof. Maschki.

* **Wiedeń.** Pustelnik z Perchtolsdorf — prof. Hyrtl w 75ym roku życia obdarzył świat nowém dziełem p. t. *Die alten deutschen Kunstwerke der Anatomie.* Arcyciekawa jest przedmowa do tego dzieła, w któréj zastanawia się nad językiem łacińskim, jako językiem uczonych, w którym aż do r. 1850 wykładano w Wiedniu medycynę ze szkodą dla języka ojczystego, przyczém podaje, że Škoda w wykładzie swym wstępnym pierwszy śmiał wygłosić program: *Medicinam a linguae latinae onere liberare conabor.* Daléj przedstawia w krótkim, trafnym zarysie historyję cyrulików w Niemczech, od których wyszły pierwsze dzieła anatomiczne w języku niemieckim, ponieważ łaciny nie znali. Daléj pisze: „Gdy przed 10 laty życie moje profesorskie, pełne blichtru zewnętrznego i niezadowolenia wewnętrznego, zamieniłem na samotność wiejską, nie mogłem się zdecydować do zrzeczenia się zupełnego pracy nad anatomiją, któréj życie swoje poświęciłem. Do pracy przyzwyczajony, nie nauczyłem się jeszcze w 75ym roku życia założyć rąk i przypatrywać się, jak przesypuje się piasek z klepsydry życia mego. Aby więc *beatum ruris otium* pędzić *cum aliqua dignitate* w ruinach wieży perchtolsdorfskiéj, gdzie razem z sowami Palady Ateny i z krukami szubienic wspólne prowadzę gospodarstwo, zebrałem koło siebie wszystkie anatomije niemieckie, które od czasów wynalezienia sztuki drukarskiéj światło dzienne ujrzały, albowiem ponętną dla mnie było rzeczą dowiedzieć się, jak Niemcy przed wiekami myśleli i pisali o rzeczach anatomicznych. Myśli w pismach tych wprawdzie nie znalazłem, ale brak ich zastąpiła mi aż nadto szczególna i trudno zrozumiała mowa, w któréj są spisane.“ Z dzieł tych Hyrtl wynotował kilka tysięcy wyrazów niezrozumiałych i aby znaczenie ich wyjaśnić, — poszedł pomiędzy germanistów, uczył się języka staroniemieckiego i zestawił pomniki językowe, sięgające czasów „w których królowie niemieccy sypiali jeszcze na skórach niedźwiedzich, a łytki ich małżonek jeszcze nie zapoznały się były z pończochami.“ Po tak uciążliwéj pracy sędziwy autor występuje obecnie z dziełem swojém.

* **Berlin.** Rząd pruski zamierza utworzyć w Berlinie zwyczajną katedrę higijeny, połączoną z zakładem higijenicznym i powierzyć ją Kochowi. — Dr. Virchow (syn) z Würzburga, gdzie był docentem prywatnym, powołany został do Berlina jako asystent prof. Waldeyera.

* **Monachijum.** Przy Wydziale lek. utworzono pracownię bakteryjologiczną pod kierownictwem Dra Frobeniusa.

* **Rosyja.** Fizyjolog Fryderyk Bidder w Dorpacie obchodził d. 12 kwietnia 50-letni jubileusz doktorski. Był on od r. 1836 profesorem anatomii, a od r. 1843 do 1869 profesorem fizyjologii w Dorpacie. — Dr. Mansurow wybrany został etatowym docentem chorób skórnych i kiłowych w Moskwie, gdzie już od lat 20 wykłada jako docent prywatny. — Lekarz teatrów petersburskich Dr. Ragosin mianowany został dyrektorem Zakładu obłąkanych w Kazaniu.

* **Anglija.** Doktorami honorowymi Uniwersytetu edymburskiego mianowani zostali: Hyrtl w Wiedniu, Pettenkofer w Monachijum i Virchow w Berlinie.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarz pułkowy Dr. Wilhelm Strzechowski, b. asystent prof. Bryka, przeniesiony został z Ołomuńca do szpitala garnizonowego w Krakowie.

Stopień doktora w. nauk lek. uzyskał w Uniw. Jagiell. p. Andrzéj Jéż, rodem z Dobczyc w Galicyi.

* **Nekrologija.** D. 3 maja umarł tu Dr. Szymon Steuermark, krakowianin i uczeń szkół tutejszych, lekarz praktykujący w Radomsku w Król. Polskiém, licząc lat 46. — We Lwowie umarł Dr. Antoni Kaczkowski, lekarz homojopata, członek tow. lekarskich, w wieku sędziwym.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Filipowa: Tlen i ozon jako środki lekarskie (z pracowni prof. Dogiela w Kazaniu); Meyersona: O odruchach nerwowych wywołanych przez zmiany w muszlach usznych: Święcickiego: O nieorganicznych składnikach prawidłowych odchodów połogowych. — W *Medycynie* Nr. 18: Dobrzyckiego: Przypadek ostrego otrucia fosforem, dokonanego w połowie roku zeszłego z następstwami aż do dziś dnia trwającemi.

Redakcyja otrzymała:

Aerztlicher Bericht der Privat-Heilanstalt des Dr. Albin Eder von dem Jahr 1883, Wien, 1884 in 8vo, str. 202.

Med. Dr. PELC: Zpráva o zdravotních poměrech a činnosti městského fysikátu v Praze za rok 1882. V Praze, 1883, in 8vo, str. 108.

JANOVSKY, POPPER i PELC: Zpráva a činnosti městské rady zdravotní v Praze za rok 1882. V Praze, 1883, in 8vo, str. 38.

Dr. Teodor HERING (w Warszawie): Grzybica gardziela włoskowcowa. (Odbitka z „Gazety Lek.“) Warszawa 1884, in 8vo str. 12 z tabl.

Tenże: Mnogie włókniaki skóry i błony śluzowéj krtani. (Odbitka z „Gazety Lek.“). Warszawa 1884, in 8vo str. 10.

Dr. E. H. KISCH: Grundriss der klinischen Balneotherapie, einschliesslich Hydrotherapie u. Klimatotherapie, Wien u. Leipzig Urban u. Schwarzenberg 1883, in 8vo str. 516.

Dr. J. POLAK: Przyczynek do statystyki ruchu ludności m. Warszawy. (Odbitka z „Gazety Lek.“). Warszawa 1884 in 8vo str. 5 z tabl.

Dr. GROEDEL w Nauheim: Die Entstehung des singenden, diastolischen Distanzgeräusches am Ostium aorticum. (Odbitka z „Berl. klin. Woch. 1884), in 8vo str. 9.

Piśmiennictwo lekarskie. STRICKER. Vorlesungen üb allgem. u. experimentelle Pathologie. M. 2 Taf. u. 14 Holzschn. 3 Abth. 3 (Schluss-) Lfg. gr. 8. Wien, Braumüller. M. 4. 60. (cpl. M. 18).

Na fundusz wsparcia sierot po jednym z lekarzy prowincyjonalnych nadesłali: Dr. M. z Podola 5 rs. = 6 złr. 20 ct. D. C. z Dobromila 2 złr. Złożyli: Dr. Buszek, Dr. Jakubowski, Dr. Mikulicz po 5 złr.; Dr. Harajewicz 4 złr., Dr. Stępiński 3 złr., Dr. Adamkiewicz, Dr. Braunstein, Dr. Browicz, Dr. Domański, Dr. Goebel, Dr. Jaszczurowski, Dr. Łazarski, Dr. Madurowicz, Dr. Oettinger, Dr. Paszkowski, Dr. Świątek, Dr. Szewczyk, Mag. Farm. Trauczyński, Dr. Weber, Dr. Wiszniewski po 2 złr.; Dr. Balicki, Dr. Bętkowski, Dr. Blateis, Dr. Blumenfeld, Dr. Cholewicz, Dr. Eichhorn, Dr. Filipkiewicz, Dr. Fiszer, Dr. Gluziński Wł., Dr. Gluziński L., Mag. Farm. Gralewski, Dr. Gwiazdomorski, Dr. Jaworski, Dr. Jodłowski, Dr. Junger, Dr. Jurowicz, Dr. Kirschner, Dr. Koy, Dr. Kopernicki, Dr. Kosterkiewicz, Dr. Kramarzyński, Dr. Lustgarten, Dr. Marcisiewicz, Dr. Mączka, Dr. Mendelsburg, Dr. Otto, Dr. Ponikło, Mag. Farm. Radler, Dr. Rosenblatt, Dr. Rybczyński, Dr. Rosner Ant., Dr. Rosner Jan, Dr. Schaitter, Dr. Schramm, Dr. Skobel, Dr. Śliwiński, Dr. Trzebicky, Dr. Walentowicz, Dr. Warschauer, Dr. Wiczkowski, Dr. Wilkosz, Dr. Wolfram, Dr. Zaręba, Dr. Ziembiński, Dr. Żelazowski, Dr. Żuławski po 1 złr.

Razem z poprzednio wykazanemi 185 złr. 75 ct.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w Poniedziałek d. 12 maja rb. o godzinie 5 popołudniu w Sali Akademii Umiejętn. posiedzenie, na którém po załatwieniu ważnéj sprawy dotyczącéj większéj części zakładów zdrojowych galicyjskich, prof. Dr. Olszewski poda wiadomość o wodzie rabczańskiéj ze zdroju Kaźmierza.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 164.

KONKURS.

Przy c. k. Zarządzie salinarnym w Kaczyce na Bukowinie jest do obsadzenia posada lekarza salinarnego, o którą PP. doktorzy wszech nauk lekarskich kompetując, mają wnieść swoje podania z załączeniem odnośnych świadectw i dotyczącéj praktyki do podpisanego c. k. Zarządu salinarnego najdaléj do 8go Czerwca rb.

Z tą posadą są połączone ze strony c. k. Zarządu salinarnego roczne honoraryjum włącznie z ryczałtem za objazd do chorych 420 złr., systemizowana sól jako deputat również i obowiązek utrzymywania domowéj apteki z prawem wydawania leków dla chorych przynależnych do saliny, za złożeniem odnośnych rachunków aptekarskich wynoszących rocznie do 80 złr.; ze strony zaś gminy Kaczyki roczny dodatek ryczałtowy 100 złr.

Obowiązki lekarza salinarnego wskażą odnośne przepisy sanitarne dotyczące co do c. k. Zarządu salinarnego i co do gminy z osobna.

C. k. Zarząd salinarny.

Kaczyka dnia 3go Maja 1884.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.